

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 73

Contribution à l'étude
des rapports
entre la fièvre typhoïde et la puerpéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean AROUD

Né le 10 Décembre 1900 à BOURG (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE des RAPPORTS
ENTRE la FIÈVRE TYPHOÏDE et la PUERPÉRALITÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 73

Contribution à l'étude
des rapports
entre la fièvre typhoïde et la puerpéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean AROUD

Né le 10 Décembre 1900 à BOURG (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. PIC	PAVIOT
Cliniques chirurgicales		TIXIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BERARD
Clinique ophtalmologique		VORON
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	ROLLET
Clinique neurologique et psychiatrique		NICOLAS
Clinique des maladies des enfants	}	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des femmes		MOURIQUAND
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	}	VILLARD
Clinique des maladies des voies urinaires		COLLET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	}	ROCHET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	}	CLUZET
Chimie organique et Toxicologie		HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique	}	MOREL
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRETIN
Anatomie	}	GUIART
Histologie		LATARJET
Physiologie	}	POLICARD
Pathologie interne		DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	}	FROMENT
Anatomie pathologique		CADE
Chirurgie opératoire	}	FAVRE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		PATEL
Médecine légale	}	ARLOING (F.)
Hygiène		Etienne MARTIN
Thérapeutique	}	COURMONT (P.)
Pharmacie		SAVY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	}	LEULIER
		PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	GATE
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, président; CHALIER J., assesseur;
RHENTER et GATE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A. MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre jury de thèse.

Nous le prions d'agréer notre
très respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a constamment aidé de ses conseils.

Dès le début de nos études médicales, il nous a servi de guide, et à plusieurs reprises a fait preuve envers nous de la plus grande bienveillance et de la bonté la plus délicate.

Nous en gardons le souvenir fidèle, et le prions de bien vouloir trouver ici un faible témoignage de la dette de gratitude que, depuis longtemps nous avons contractée envers lui.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATE

Qu'ils nous permettent de leur dire combien nous avons été touché du bienveillant accueil qu'ils nous ont fait dans leurs services et de l'intérêt affectueux qu'ils nous ont témoigné en maintes circonstances.

Nous sommes heureux de pouvoir leur renouveler ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE des RAPPORTS ENTRE la FIÈVRE TYPHOÏDE et la PUERPÉRALITÉ

Avant propos

L'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi l'hiver dernier dans la banlieue lyonnaise a permis d'observer dans les hôpitaux quelques cas survenus soit au cours de la gestation, soit dans les suites de couches. Huit cas entre autres ont été soignés à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. RHENTER, où une salle avait été spécialement aménagée à cet effet. Il a paru intéressant à notre maître, M. le Professeur agrégé RHENTER, de relater ces huit observations, en même temps que de faire la révision de la question. Ce fut l'origine de cette thèse. Par ailleurs, dans les différents services des hôpitaux de Lyon, nous avons recueilli plusieurs cas analogues, et c'est ainsi que nous pouvons ajouter 19 observations nouvelles à toutes celles antérieurement publiées.

Le sujet qui nous occupe a suscité depuis plus de cinquante ans de nombreuses études et recherches. Les différents problèmes qu'il pose ont donné lieu aux théories les plus variées, aux opinions les plus

contradictaires. Encore aujourd'hui, bien des faits restent à élucider, et sur eux, hélas ! nous ne nous flattons pas d'apporter des conceptions plus satisfaisantes que celles de nos devanciers.

Cependant, voulant avoir de la question une idée d'ensemble, nous avons tenu à resuivre les observations publiées autrefois, en particulier dans l'article de MARTINET (*Union médicale*, 1883), et les thèses de SACQUIN, CORBIN, DUHAUT, PENOT, Mme KANTER, TRAMPONT, GLEIZE, ESCLAVISSAT et DEBORD. A leur lecture, différents points nous ont paru mériter d'être retenus tant sur la fièvre typhoïde elle-même que sur l'évolution de la grossesse. En tout, avec les 19 observations nouvelles que nous rapportons, nous avons réuni 157 cas (1), qui ont servi de base à nos statistiques.

De celles-ci, nous avons largement usé et même abusé, sans leur accorder cependant une valeur excessive. Comme on le sait, ces procédés, séduisants au premier abord, sont toujours un peu trompeurs, et cela d'autant plus qu'ils reposent sur une base plus restreinte. Nous aurions pu prendre un plus grand nombre d'observations, mais il aurait fallu remonter bien au delà de la période sérologique, et trop de cas douteux risquaient alors de fausser nos résultats. C'est pourquoi nous nous en sommes tenus au chiffre ci-dessus, bien modeste pour des problèmes souvent complexes. Et dans une question de ce genre, où tant de facteurs entrent en jeu, où tant d'influences s'en-

(1) Certaines observations sont reproduites dans différentes thèses, nous avons naturellement pris soin de ne les compter qu'une fois.

tremèlent et s'interfèrent, il faut se garder de généralisations trop hâtives ; sur bien des points les conclusions que nous formulerons ne seront encore que des impressions.

Au cours de cette étude, nous ne distinguerons pas la fièvre typhoïde des paratyphoïdes : nous aurions trop peu d'éléments pour le faire, ces dernières étant de bien récente venue dans la nosologie.

Le plan que nous nous sommes tracé est le suivant : nous analyserons d'abord dans une première partie l'influence de la fièvre typhoïde sur l'évolution de la grossesse, l'avenir de l'enfant et la lactation. Puis, dans une seconde partie, nous verrons les répercussions que peuvent avoir sur l'évolution de la dothiéntérie la grossesse, l'avortement, et les suites de couches. Enfin, nous consacrerons les deux derniers chapitres au diagnostic et au traitement.

Avant d'entreprendre notre exposé, nous nous faisons un agréable devoir de remercier tous ceux qui ont bien voulu nous aider.

M. le Professeur agrégé CHALIER et M. le Professeur agrégé RHENTER nous ont confié de nombreuses observations, et tout au cours de notre travail, avec la plus grande bienveillance, ils ont bien voulu nous donner de très autorisés conseils : nous les prions de bien vouloir accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont ainsi témoigné.

M. le Professeur VORON, M. le Professeur agrégé TRILLAT, M. le Docteur GONNET, M. le Docteur PALLASSE, MM. les Docteurs TROULLIEUR et JURIE, Mlle le

Docteur SCHÆN, nous ont communiqué de très intéressants documents : nous les assurons de notre bien sincère gratitude.

Nous tenons enfin à adresser nos plus vifs remerciements à nos amis Paul LEVET et Jacques SAVOYE, internes des Hôpitaux, qui toujours avec une égale complaisance nous ont aidé dans nos recherches.

Historique

Sans vouloir « remonter au déluge », on peut dire que l'influence des maladies aiguës sur les femmes enceintes avait déjà éveillé l'attention des Anciens. HIPPOCRATE ne disait-il pas : « Une femme enceinte prise d'une maladie aiguë est une femme morte. » (V^e livre des Aphorismes.)

Plus près de nous, au XVI^e siècle, Ambroise PARÉ émettait l'avis que les maladies aiguës provoquaient l'expulsion prématurée du fœtus : « Davantage si la femme est malade sera cause d'avortement, parce que la femme se consomme, par quoi le dit enfant est forcé de sortir par faute d'aliment qui ne lui est envoyé en quantité suffisante. »

MAURICEAU, dans son « Traité des maladies des femmes enceintes », ne regarde pas la mort comme le résultat inévitable de l'association de la fièvre continue et de la grossesse, mais il croit à l'excessive gravité du pronostic : « Il me reste à dire, écrit-il, une chose qui mérite bien d'être observée par tous ceux qui sont appelés pour traiter les femmes grosses en leurs maladies, qui est qu'il faut surtout qu'ils empêchent, autant qu'ils peuvent, par tous les remèdes,

que la femme grosse qui a la fièvre continue n'avorte durant sa maladie. Car presque toutes les femmes, à qui cet accident arrive, meurent très peu de temps ensuite, et principalement celles dont la fièvre est accompagnée de fluxion sur la poitrine. »

LEVRET partage entièrement l'opinion de cet auteur.

En réalité, ce n'est pas avant le début du XIX^e siècle que, grâce aux travaux de LOUIS (1829), on commence à acquérir des notions un peu précises sur la fièvre typhoïde et à la séparer nettement des autres pyrexies.

Quelques années s'écouleront encore avant que soit signalée l'influence réciproque de cette affection et de la grossesse. En particulier, ni BRETONNEAU, ni plus tard TROUSSEAU ne traiteront la question. Seul CHOMEL y fait allusion, et seulement à propos des accouchées (1834).

C'est surtout à partir de 1840 que paraissent des notes et des travaux intéressants. Les « Archives générales de médecine », sous le titre de « Notice sur la dothiéntérie chez l'enfant nouveau-né », publient trois observations, deux de CHARCELLAY et une de VALLEIX ; ces auteurs signalent des altérations des plaques de PEYER chez des enfants de quelques jours et qui ont dû contracter la maladie dans le sein de la mère. MANZONI, en 1841, communique à l'Académie des Sciences un cas analogue.

CAZEAUX (Traité d'Accouchement, 1844), déclare : « La fièvre typhoïde peut atteindre la femme pendant la grossesse et à toutes les périodes de la grossesse. Dans les premiers mois, elle provoque souvent l'avor-

tement. Cet accident survient dans le premier septénaire, quelquefois dans le second septénaire de la maladie. »

VERNEUIL, qui soutient sa thèse (1848) sur les maladies pendant la grossesse, rapporte une observation de fièvre typhoïde chez une femme enceinte, avec terminaison favorable pour la mère et le fœtus.

En 1861, dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine, BOURGEOIS constate 22 expulsions prématurées du fœtus sur 37 cas de fièvre typhoïde. Le pronostic est, à son avis, d'autant plus sérieux que la maladie survient plus près du terme.

FIEDLER (1862) fait observer le parallélisme du pouls fœtal et de la courbe thermique maternelle. La même année, WEISS signale un cas de fièvre typhoïde chez le fœtus.

ZUELZER (1868), LIEBERMEISTER (Leipzig 1874), publient des statistiques sur la fréquence des avortements.

DUGUYOT, dans sa thèse, en 1879, GÜSSEROW, à Berlin, établissent la proportion des femmes atteintes de dothiéntérie et le nombre relatif des avortements.

La thèse de BARATTE (1882) est consacrée surtout à la pathogénie de l'avortement. La congestion de l'utérus serait cause de métrorragies, et, par suite, de l'expulsion du fœtus.

DOLÉRIS et DORÉ publient, en 1883, les résultats de leurs recherches sur l'influence de la température des femelles en gestation, sur la vitalité du fœtus

La même année, MARTINET, dans l'*Union Médicale*,

rapporte un certain nombre d'observations, et soutient que l'avortement peut se voir aussi bien dans les formes légères que dans les formes graves.

Dès cette époque, on formule quelques conclusions qui, depuis, n'ont guère été modifiées :

L'immunité absolue n'existe pas ;

L'avortement ou l'accouchement prématuré s'observe dans les deux tiers des cas ;

La fièvre typhoïde n'acquiert pas, par le fait de la grossesse, une gravité plus grande que dans les conditions ordinaires de la vie ;

Dans la plupart des cas, l'expulsion du fœtus ne modifie pas d'une manière fâcheuse l'évolution de la maladie ;

Si l'enfant naît vivant, il meurt dans les jours ou mois suivants, dans les trois quarts des cas.

Avec la découverte du bacille d'EBERTH et du séro-diagnostic de la typhoïde, de nouveaux problèmes vont se poser. Le placenta constitue-t-il une barrière infranchissable pour les éléments figurés ou se laisse-t-il vaincre par eux ? Les substances agglutinantes peuvent-elles passer à travers le placenta ou dans le lait de la mère, et peut-on les retrouver dans le sang du nouveau-né ? C'est à ces questions que s'efforceront de répondre les expériences ou les observations cliniques de ETIENNE, CHARRIER et APERT, ACHARD, MOSSÉ et DAUNIC, MOSSÉ et FRENKEL, PLAUCHU et GAL-LAVARDIN, ACHARD et BENSAUDE, WIDAL et SICARD, CASTAIGNE, LANDOUZY et GRIFFON, THIERCELIN et LENOBLE, COURMONT et CADE, GRIFFON et ABRAMI.

Entre temps, dans diverses Facultés, — tant à Paris,

qu'à Montpellier, Lille, Toulouse, — les thèses de CORBIN, PENOT, de Mme KANTER, de TRAMPONT, d'ESCLAVISSAT, entreprenaient des études générales sur la question. A Lyon, de nombreux travaux furent publiés, qui montrent qu'on était bien loin de s'en désintéresser :

TRIPIER et BOUVERET y font allusion à plusieurs reprises dans leur ouvrage : « La fièvre typhoïde traitée par les bains froids. » DUHAUT, dans sa thèse (1893), s'applique surtout à démontrer l'heureuse influence de la balnéothérapie froide, dans les cas où la fièvre typhoïde survient pendant la grossesse. VINAY, dans son « Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches » (1894), reprend la question dans son ensemble, et lui consacre tout un chapitre, resté classique. Quelques années plus tard, la thèse de TROULIEUR analyse pour la première fois de façon complète l'influenec réciproque de la dothiéntérie et de l'allaitement. Puis, en 1910 et 1912, M. le Professeur FABRE, MM. les Professeurs agrégés COMMANDEUR et VORON, MM. RHENTER et EPARVIER, relatent, dans le « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris », quelques observations nouvelles ; ils montrent à ce propos à quelles difficultés on se heurte pour diagnostiquer cliniquement la fièvre typhoïde pendant les suites de couches, et ils insistent sur certains caractères particuliers qu'elle peut présenter en cette circonstance.

En 1913, le Professeur LESIEUR inspirait la thèse de DEBORD ; et, depuis cette époque, le sujet qui nous occupe paraît avoir été délaissé. Nous n'avons re-

trouvé aucune publication le concernant, à part une observation de BERKOWITZ (1) en 1914, et tout récemment le compte rendu des expériences de GORY et Jean DALSACE (2) sur « l'infection transplacentaire du fœtus ».

(1) BERKOWITZ. — Grossesse compliquée de fièvre typhoïde. Délivrance à terme. *The American Journal of Obstetric and diseases of women and children*, janvier 1914.

(2) Comptes rendus de la Société de Biologie, 1926.

Observations

Etant donné que tout au cours de cette étude il sera fait allusion aux observations que nous avons recueillies, nous les relatons dès maintenant. On nous excusera de l'extrême brièveté de certaines d'entre elles ; elles se rapportent à des malades soignées en ville, et pour lesquelles nous n'avons pu obtenir que peu de renseignements ; ceux-ci, cependant, nous ont paru présenter un intérêt au point de vue de la grossesse ou de l'enfant, et c'est pourquoi nous avons tenu à les signaler. Précisons enfin que sur les 19 observations suivantes, 14 concernent des cas de l'épidémie de Lyon 1928 : 12 au cours de la grossesse (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, X, XIII, XIV, XV et XVI) et 2 dans les suites de couches (obs. XVII et XIX).

A. — FIÈVRE TYPHOÏDE AU COURS
DE LA GROSSESSE

I. — Observations où la grossesse n'a pas été
interrompue

OBSERVATION I

*Recueillie dans les services de M. CHALIER
et de M. TRILLAT*

*Fièvre typhoïde d'intensité moyenne au cinquième mois
de la grossesse. Cholécystite à la convalescence.*

Mme S..., d'Oullins, 28 ans, enceinte de 4 mois et demi. Dans ses antécédents on note en 1927, une petite poussée de cortico-pleurite du côté droit. L'affection actuelle a débuté le 8 novembre 1928 par une grande lassitude, des céphalées, une perte notable de l'appétit. Puis ces symptômes persistèrent les jours suivants, et furent mis tout d'abord sur le compte d'un refroidissement et de fatigues au cours d'un voyage en Saône-et-Loire.

Le 16 novembre : température à 38°5, vomissements bilieux, céphalées très violentes qui obligent la malade à se mettre au lit. Pas d'épistaxis. Pas de diarrhée, mais constipation depuis le début de l'affection. Toux assez intense, expectoration muqueuse.

Le 20 novembre, à son entrée dans le service, la malade a toute sa conscience : elle n'est pas prostrée. Langue rôtie. Pas d'ulcérations des piliers, ni de taches rosées. Météorisme léger ; constipation. La rate est nettement perçue à la palpation. Le poulx est dicrote. Aux

poumons : râles discrets de bronchite, matité de la base droite. Albuminurie moyenne.

La température se maintient à 40° du 21 au 27 novembre : le pouls est à 120.

Hémoculture positive. Séro-diagnostic positif à 1/30

Le 23 novembre : léger galop.

Le 15 décembre : cystite.

La température persiste jusqu'au 18 décembre.

Le 29 décembre : la malade part guérie. Elle a été traitée par le sérum antityphique Rodet :

Le 22 novembre : 20 cmc.

Le 24 novembre : 10 cmc.

Le 26 novembre : 5 cmc.

Lors de la convalescence, la malade présente des crises douloureuses dans la région hépatique. Vers le 20 mars elle fait une poussée de cholécystite avec température.

Le 22 mars : elle accouche à domicile d'un enfant vivant, pesant 2.250 grammes, prématuré d'au moins quinze jours.

La température ne dépasse pas 38° les jours suivants.

Mais le 9 avril : la température monte à nouveau à 39°. Céphalées, malaises généraux ; mais pas de douleurs abdominales ni de vomissements.

Le 11 avril, devant la persistance des symptômes, la malade entre dans le service de M. Trillat. Température 39°1, pouls 120. On constate une résistance et une douleur très nettes au niveau de la région vésiculaire. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal. (Docteur Trillat).

Le 27 avril : la malade, dont la température a baissé progressivement et est normale depuis quelques jours, quitte le service. A noter que l'enfant se développe parfaitement bien.

OBSERVATIONS II et III
Dues à l'obligeance de M. GONNET

Mme R..., sixième-pare. Dernières règles : le 23 juin 1928. Début de la fièvre typhoïde le 15 novembre alors que la malade est enceinte de 4 mois et demi. L'affection dure du 15 novembre à la fin de décembre, avec température aux environs de 39°6. A aucun moment il n'y a eu de menaces d'avortement. La malade a été traitée à domicile avec des lavements froids. Le 30 mars 1929 : accouchement à terme d'un enfant de 3.100 grammes, qui présente une courbe de poids normale dans la suite.

Mme B... secondipare. Dernières règles le 17 juin 1928. Début de la fièvre typhoïde vers le 18 novembre, alors qu'elle est enceinte de 4 mois et demi. L'affection a duré jusqu'à la fin de décembre, présentant une allure bénigne avec température autour de 39°. La malade a été traitée à domicile avec des lavements, et des applications de vessie de glace. Le 8 avril 1929, elle accouche dans le service de M. Gonnet, d'un enfant très vigoureux, pesant 3.500 grammes.

OBSERVATION IV
*Recueillie dans les services de M. le Professeur VORON,
M. RHENTER et de M. PALLASSE*

Fièvre typhoïde légère au cours du sixième mois de la grossesse.

Mme P..., de Villeurbanne, 23 ans. Enceinte de 5 mois et demi. Antécédents personnels : fièvre infectieuse bénigne à 11 ans ; scarlatine à 19 ans ; angine phlegmo-

neuse à 22 ans ; depuis deux ans toussé fréquemment.

L'affection actuelle aurait débuté le 17 novembre 1928 par des frissons et des points de côté. Le lendemain serait apparue une céphalée assez vive, accompagnée de vertiges et de bourdonnements d'oreille. En même temps les forces de la malade déclinaient, l'appétit diminuait, puis survinrent quelques épistaxis légères et des vomissements.

Le 22 novembre, à l'entrée dans le service du Docteur Pallasse : malade ayant toute sa conscience ; température 39° ; pouls à 124, régulier, dicrote. Il n'y a ni diarrhée ni constipation.

Langue saburrale. Pas d'ulcérations pharyngées, **mais** rougeur des amygdales. Pas de taches rosées. Abdomen un peu météorisé. La rate n'est pas perçue.

Cœur : souffle systolique de la pointe.

Poumons : signes de densification de toute la moitié supérieure du poumon gauche.

Hémoculture positive.

Séro-diagnostic : T 1/180.

Le 25 novembre : la malade se plaignant de douleurs lombaires et abdominales, on craint un avortement et on la fait passer dans le service de M. Rhenter.

Le 29 novembre : la malade repasse dans le service de M. Pallasse ; elle n'a pas accouché, et les douleurs ont disparu. La température qui oscillait entre 39°8 et 39° du 22 au 25 novembre, est tombée progressivement à 39° puis à 38°. Le pouls est toujours rapide aux environs de 110, 120. L'abdomen est toujours météorisé.

La malade fait vraisemblablement une petite poussée de pyélonéphrite : elle se plaint encore de douleurs lombaires, et l'on a constaté dans ses urines un peu de pus et quelques colibacilles.

Début de la convalescence le 12 décembre. La malade part guérie à la fin du mois.

Accouchement le 1^{er} mars 1929, dans le service de M. Voron. Poids de l'enfant à la naissance : 3.350 grammes ; le 12 mars : 3.530 grammes.

OBSERVATIONS V et VI

Publiées dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, et que M. le Professeur VORON a bien voulu nous permettre de reproduire.

Lors de la récente épidémie de la banlieue lyonnaise, M. le Professeur Voron a eu l'occasion d'observer deux gestantes. « L'une était enceinte de six mois, et l'autre de quatre, lorsqu'en novembre 1928, elles présentèrent les premiers symptômes de la dothiéntérie. Celle-ci évolua, dans les deux cas, avec une gravité moyenne, sans hyperthermie excessive puisque la température n'atteignit jamais 40° ; mais la fièvre à oscillations assez marquées, puisqu'il y eut presque constamment 1°5 de différence entre les températures minima et maxima, dura pendant près de quatre semaines. Il n'y eut aucune complication. Quant à la grossesse elle ne fut troublée en rien, à peine quelques contractions utérines douloureuses au début de l'affection chez l'une des malades, qui a accouché sans incident, à terme, d'un enfant de poids normal ». L'autre enfant est né également à terme et pesait 3.400 grammes.

Ces deux malades ont été traitées par le sérum Rodet, et des applications abdominales froides, sans bains.

Les deux enfants ont été revus vers l'âge de 7 et 9 mois par M. Voron : ils étaient en excellente santé, et de développement tout à fait normal.

OBSERVATION VII

*Recueillie dans les services de M. CHALIER
et de M. RHENTER*

*Fièvre typhoïde légère, au cours du septième mois de la
grossesse.*

Mme E..., d'Oullins, 21 ans, primipare. Dernières règles : 20 avril 1928. Antécédents personnels : scarlatine et diphtérie dans l'enfance.

Le 22 novembre 1928, alors que la malade était enceinte de 6 mois et demi, l'affection débuta par des frissons, des céphalées violentes, une température à 38°5. La malade s'alita le jour même et resta couchée une huitaine de jours, présentant de la diarrhée et des sueurs abondantes ; la température atteignit progressivement 39°. On pensa alors à une simple grippe intestinale.

Les premiers jours de décembre la malade put se relever : mais de nouveau, le 9 décembre, elle dut se recoucher, se plaignant de grande lassitude, de céphalées très violentes ; elle avait quelques épistaxis très légères, la température était de 38°5.

Le 14 décembre : elle entre dans le service de M. Chalié. Elle n'est pas prostrée. La température est aux environs de 39°. Constipation. Langue rouge, rôtie ; ulcération sur le pilier antérieur droit.

Abdomen : taches rosées discrètes, pas de météorisme. La rate n'est pas sentie à la palpation, mais son aire de matité est nettement exagérée.

Rien à signaler au cœur, ni aux poumons, sauf la matité de la base droite.

Examens de laboratoire : Hémoculture positive ; Séro-diagnostic : T 1/250.

Légère albuminurie.

La température se maintient en plateau autour de 38°8, 39°8. Le pouls est à 120, dicrote.

A partir du 19 décembre : la température baisse d'une façon lente et continue. L'état de la malade s'améliore progressivement. La grossesse suit son cours normal.

Apyrexie définitive et complète à partir du 25 décembre.

Traitement : lavements froids. Vessie de glace sur le ventre.

Le 25 janvier, dans le service de M. Rhenter, la malade accouche d'un enfant pesant 2.830 grammes. Ce dernier, présente durant son séjour à l'hôpital, une courbe de poids normale, et le 5 février, à son départ, il pèse 2.865 grammes.

OBSERVATION VIII

Recueillie dans les services de MM. CHALIER et RHENTER

Fièvre typhoïde légère, au cours du septième mois de la grossesse.

Mme B..., primipare, 18 ans. Dernières règles le 3 février 1928. A noter dans ses antécédents une hémoptysie il y a deux ans, à la suite de laquelle elle fit un séjour de quatre mois dans le service du Docteur Cordier. A cette période, on aurait trouvé un voile au niveau des deux sommets. La malade n'avait à ce moment ni fièvre ni expectoration. L'examen des crachats aurait été négatif. La malade reprit ensuite ses occupations habituelles. En juillet 1928, nouvelle hémoptysie, très légère, sans température ni mauvais état général.

Début de l'affection actuelle : les premiers jours de septembre 1928, la malade étant enceinte de 6 mois

et demi. Le 6 septembre, elle ressentit brusquement des céphalées et eut quelques vomissements bilieux. La température monta à 38°3. Diarrhée légère les jours suivants. Pas d'épistaxis.

Le 10 septembre : la malade entre dans le service de M. Chaliér, elle n'est pas prostrée, possède une lucidité parfaite, et présente un bon état général, malgré une température à 40°. Le pouls est à 120, régulier. Diarrhée moyenne.

Langue saburrale. Pas d'ulcérations pharyngées. Taches rosées discrètes. Météorisme léger. Ni le foie, ni la rate ne sont perçus. Les bruits du cœur sont normaux.

Aux poumons : pas de râles de bronchite, mais matité de la base droite.

Pas d'albumine dans les urines.

Séro-diagnostic : T 1/250.

Du 10 au 17 septembre : la température se maintient entre 38°5 et 39°5, le pouls est autour de 120. La malade est traitée au sérum de convalescent, on injecte :

Le 11 septembre : 10 cmc.

Le 12 septembre : 6 cmc.

Le 13 septembre : 6 cmc.

Le 14 septembre : 8 cmc.

Le 16 septembre : 18 cmc.

Le 17 septembre : 22 cmc.

Le 18 septembre : 12 cmc.

La malade part guérie le 6 octobre.

Le 15 novembre, dans le service de M. Rhenter, elle accouche d'un enfant de 3.180 grammes. Ce dernier pèse le 24 novembre, à sa sortie de l'hôpital, 3.150 grammes.

OBSERVATION IX

Recueillie dans les services de MM. CHALIER et RHENTER

Fièvre typhoïde légère, au cours du huitième mois de la grossesse.

Mme R..., de Saint-Jean-de-Soudain, 34 ans. Entrée le 2 novembre 1928 dans le service de M. Chalier. La maladie a débuté il y a huit jours environ par de violentes céphalées, des douleurs lombaires et des vomissements. Elle est agitée, a des sueurs nocturnes. Le médecin traitant constate une température élevée à 39°5 le soir, 39° le matin, et qui persiste les jours suivants ; il porte le diagnostic de dothiéntérie et l'envoie alors à l'hôpital.

A l'entrée dans le service, le 2 novembre : malade calme, non prostrée, ayant toute sa conscience ; se plaint par moment de douleurs dans les jambes, la région lombaire et le ventre. Quelques épistaxis. La température est à 39°, le pouls à 120.

Langue saburrale. Pas d'ulcérations pharyngées, ni de taches rosées. Pas de météorisme ni de diarrhée. Le foie n'est pas hypertrophié, la rate n'est pas sentie à la palpation, mais est augmentée de volume à la percussion.

Les bruits du cœur sont normaux.

Aux poumons : râles de bronchite. Matité de la base droite.

Albuminurie légère.

Hémoculture : positive.

Séro-diagnostic positif : T 1/500 ; B 1/100.

Pendant sept jours la température se maintient entre 39° et 38°.

La malade a été traitée au sérum Rodet ; on a injecté :

Le 3 novembre : 20 cmc.

Le 5 novembre : 10 cmc.

Le 7 novembre : 5 cmc.

La malade repart chez elle guérie, le 22 novembre. Elle est enceinte d'environ huit mois.

Elle vient accoucher le 2 janvier dans le service de M. Rhenter. On est obligé de faire un forceps à la partie inférieure de l'excavation pour souffrance fœtale. L'enfant naît étonné. Il pèse 3.520 grammes, et à son départ, le 15 janvier, 3.480 grammes.

OBSERVATION X

Recueillie dans le service de M. RHENTER

Fièvre typhoïde de moyenne intensité chez une femme enceinte de sept mois.

Mme V..., d'Ecully, 28 ans, quartipare. Envoyée le 12 décembre 1928 pour accouchement imminent dans le service de M. Rhenter, de l'Hôpital Saint-Luc où elle était en traitement depuis une dizaine de jours pour fièvre typhoïde.

Rien de particulier dans ses antécédents.

Le début de l'affection actuelle remonte au 20 novembre environ, la malade était alors enceinte de sept mois. Déjà depuis une huitaine de jours elle accusait des troubles vagues : anorexie, lassitude, troubles digestifs. A partir du 20 novembre : température progressivement ascendante qui, le 24, atteignait 40° ; céphalées, prostration, diarrhée. Du 24 novembre au 3 décembre, la température s'est maintenue entre 39° et 40°. A partir du 3 décembre elle a baissé progressivement.

Tant chez elle qu'à l'hôpital, aucune thérapeutique

spéciale ne fut appliquée à la malade, aucune réaction de laboratoire ne fut pratiquée.

Le 12 décembre, à son entrée dans le service de M. Rhenter : malade en pleine conscience, ne présentant ni diarrhée ni céphalée, accusant seulement un peu de lassitude. Langue saburrale ; quelques taches rosées discrètes sur l'abdomen ; rate non perçue ; pas de bronchite.

On pratique un toucher qui ne confirme pas le diagnostic de travail porté à l'Hôpital Saint-Luc. La malade ne présente d'ailleurs aucune douleur.

Examens de laboratoire : Hémoculture positive ; Séro-diagnostic : T 1/250.

La maladie suit un cours normal. La température qui oscille entre 37°5 et 38°5 le 12 décembre, baisse progressivement, en même temps que l'état général s'améliore. Le pouls est aux environs de 110.

Le 28 décembre : la malade quitte le service, elle est complètement apyrétique depuis quatorze jours.

Le 29 janvier 1929, elle rentre à nouveau dans le service pour accoucher. On diagnostique une présentation du siège complet. La poche des eaux est intacte. Ecoulement sanguin assez important ; déjà il y a quinze jours, était survenue une perte minime de sang. En raison de cette hémorragie, on pratique la rupture artificielle de la poche des eaux ; l'hémorragie cesse alors rapidement.

A 18 h. 45, la malade accouche spontanément. Difficultés au passage de la tête dernière ; Mauriceau. Travail rapide. Délivrance spontanée. Hémorragie assez abondante. En tout, depuis son arrivée, la malade a perdu 1.500 grammes.

Etat de shock moyen ; on pratique des injections de sérum sous-cutanées (800 cmc) et d'huile camphrée.

L'examen du délivre montre que la rupture des membranes affleure le placenta.

Poids de l'enfant : 3.730 grammes à la naissance ; 3.740 grammes le 11 février.

II. — Observations où la fièvre typhoïde a provoqué l'interruption de la grossesse

OBSERVATION XI

Recueillie dans le service de M. CHALIER

Fièvre typhoïde légère chez une femme enceinte de deux mois. Rechute sérieuse provoquant l'avortement.

Mme C..., 35 ans. Entre le 21 août 1928 dans le service des typhiques. Rien à retenir dans ses antécédents ; est actuellement enceinte de deux mois. Début de l'affection actuelle il y a quinze jours par une violente céphalée, des vomissements bilieux, une constipation opiniâtre. Pas d'épistaxis. La température prise régulièrement oscillait entre 38° et 39°.

Le 22 août : malade en bon état général, présentant toute sa conscience, non prostrée. La température est de 37°2, celle-ci n'a baissé que depuis deux jours. Le pouls est régulier à 84. La constipation persiste toujours opiniâtre.

Langue normale. Pas d'ulcérations pharyngées.

Abdomen parfaitement souple, non météorisé. Pas de taches rosées. Le foie n'est pas gros, mais la rate est très nettement sentie.

Les bruits du cœur sont normaux.

Poumons : pas de râles de bronchite, mais matité nette de la base droite.

Pas d'albuminurie.

Hémoculture : négative.

Séro-diagnostic : T 1/100.

Le 27 août : la malade, apyrétique depuis l'entrée, est en excellent état général. Mais elle se plaint de douleurs au niveau des deux derniers doigts de la main droite qu'elle remue difficilement. A l'examen, on constate :

1° Une ébauche de griffe cubitale ;

2° De la parésie de l'adducteur du pouce : signe du journal positif.

3° Au point de vue sensitif : une hypoesthésie très nette au niveau de l'éminence hypothénar ; douleurs spontanées et à la pression, le long du trajet du cubital.

Il s'agit vraisemblablement d'une névrite du cubital, le côté opposé est sain.

Rechute. — Du 1^{er} au 8 septembre, on assiste à une réascension progressive de la température qui atteint le 8 septembre 40°, elle se maintient en plateau à ce niveau jusqu'au 19, tandis que le pouls passe progressivement de 96 à 120, puis même à 138. Pas d'autres signes qu'une grosse rate.

Traitement : sérum Rodet.

Le 9 septembre : 20 cmc.

Le 11 septembre : 10 cmc.

Le 13 septembre : 10 cmc.

Le 15 septembre : 5 cmc.

Le 24 septembre : alors que la température baissait déjà progressivement de 39°8 à 38°3, la malade avorte.

Du 25 au 26 septembre, la température passe de 39° à 37°, et se maintient les jours suivants autour de 37°, 37°5.

Le 18 octobre : la malade part guérie,

OBSERVATION XII

Recueillie dans le service de M. CHALIER

Fièvre typhoïde grave chez une femme enceinte de trois mois. Avortement au deuxième septénaire. Décès de la mère à la suite d'une perforation intestinale.

Mme T..., 29 ans. Enceinte de trois mois. Début de l'affection actuelle le 27 août 1928. La malade ressentit brusquement une grande lassitude, eut quelques vomissements bilieux, en même temps que la température s'élevait à 39° et 40°. Elle a eu quelques épistaxis, mais jamais de céphalée, ni diarrhée.

A l'entrée, le 2 septembre : température à 41°, pouls à 120, régulier. Malade prostrée, mais ayant toute sa conscience. Langue saburrale, pas d'ulcérations pharyngées, mais taches rosées abondantes. Météorisme léger ; constipation ; ni le foie ni la rate ne sont perçus. Bruits du cœur normaux. Légère matité de la base droite.

Pas d'albuminurie.

Séro-diagnostic : T 1/250.

Traitement : bains froids.

Le 5 septembre, on note : la malade, dont la température est à 40°5, *a avorté* la nuit précédente.

Fœtus de trois mois environ. Pas d'hémorragie externe. Les premiers signes d'avortement sont apparus le 4 septembre à 7 heures du soir. Jusque là, on n'avait remarqué aucun phénomène particulier, ni du côté de l'abdomen, ni sur le facies, ni dans la température et le pouls. L'interne de garde appelé à 10 heures du soir, trouve un col entr'ouvert, et envisage l'avortement comme inévitable ; à ce moment, pouls rapide et difficilement comptable à 150. On revoit la malade à

2 heures du matin : les tonicardiaques n'arrivent pas à la remonter ; elle accuse des douleurs abdominales continues.

A 4 heures du matin : état cardiaque toujours grave. Injection de caféine, d'huile camphrée et de 500 cmc de sérum adrénaliné. Résultat presque nul de la thérapeutique. A ce moment on note de la matité dans les flancs.

Le 5 septembre, à 7 heures du matin : l'avortement a lieu.

A 10 heures : les douleurs abdominales s'accroissent. Matité très nette dans les flancs ; même état de défaillance cardiaque. La malade présente un premier vomissement. Le faciès commence à s'altérer. Alors seulement on affirme la *perforation*, et l'on demande l'intervention.

Le 5 septembre à midi : l'intervention pratiquée par le Docteur Wertheimer, montre un litre de liquide purulent dans le péritoine, ce qui permet de reporter le début de la perforation à 16 ou 18 heures plus tôt, c'est-à-dire à la veille, 6 heures du soir environ, date à laquelle on n'avait noté absolument rien d'anormal, date également antérieure à l'avortement. On trouve une perforation unique au voisinage de l'angle iléo-cæcal. Anus iliaque. Drainage.

La malade meurt dans la nuit du 5 au 6 septembre.

OBSERVATION XIII

*Due à l'obligeance de M. TRILLAT
et de M. le Docteur JURIE, d'Oullins*

Fièvre typhoïde grave et prolongée au cours des deuxième et troisième mois de la grossesse. Myocardite. Accouchement prématuré au début du septième mois. Mort de la mère et de l'enfant.

Mme D..., d'Oullins, 31 ans. A été soignée de la fin de novembre à la fin de janvier 1929 pour fièvre typhoïde. Elle en présentait les symptômes tout à fait classiques. Langue rôtie, taches rosées, grosse rate, diarrhée, céphalées et prostration. Température persistant en plateau autour de 39°5, 40°5. Le Docteur Jurie ne peut décider la malade à entrer à l'hôpital. Elle est traitée avec les lavements froids au début, puis du pyramidon, 0 gr. 20 par jour, pour combattre l'hyperthermie, et des applications de vessie de glace sur le ventre.

Vers la fin de janvier, signes de myocardite, traces d'albumine. On donne de la digitale. La malade entre en convalescence vers le 29 janvier ; les signes de myocardite s'atténuent. Fin février : nouvelle défaillance cardiaque, œdème des membres inférieurs ; on redonne de la digitale, puis de la théobromine. Amélioration sensible. Mais au début d'avril, nouvelle aggravation de l'état cardiaque ; on prescrit des gouttes de solubaïne qui produisent une amélioration telle que le 20 avril la malade compte partir à la campagne. Le 24 avril, aggravation subite qui nécessite l'hospitalisation.

Le 24 avril, à l'entrée dans le service de M. Trillat : malade très dyspnéique, extrêmement pâle, présentant un œdème généralisé considérable. Le foie déborde les fausses côtes de cinq travers de doigt.

Cœur : bruits sourds, presque embryocardiques, sans signes de lésions valvulaires.

Poumons : légère submatité des deux bases avec râles fins.

Urines rares ; gros disque d'albumine.

Au point de vue obstétrical : grossesse de six mois environ, les bruits du cœur sont perçus.

Le soir même du jour où elle arrive à l'hôpital, la

malade accouche spontanément d'un enfant vivant mais qui meurt au bout de 24 heures. Délivrance incomplète. On pratique sous anesthésie une vérification immédiate qui permet de ramener un cotylédon.

Les jours suivants : traitement tonicardiaque. Vingt gouttes de digitaline par jour. Ergotine : 2 grammes en potion tous les jours. L'œdème et la dyspnée diminuent un peu. Puis injections intraveineuses de un quart de milligramme d'ouabaïne pendant trois jours.

Le 28 avril, la dyspnée s'accroît considérablement. *Dans la nuit du 28 au 29 : mort dans le collapsus cardiaque.*

OBSERVATION XIV

Due à l'obligeance de M. le Docteur TROULLIEUR, de Vaise

Fièvre typhoïde bénigne chez une femme enceinte de quatre mois. Avortement au déclin d'une rechute légère.

Mme R..., 28 ans, quartipare. Rien à signaler dans ses antécédents personnels. Début de l'affection vers le 1^{er} novembre 1928, la malade étant enceinte de quatre mois. Malaise général, Signes de bronchite. Température autour de 39°, puis oscillant entre 38° et 40°. Un premier médecin la soigne tout d'abord pour une bronchite. Le 13 novembre elle est vue par le Docteur Troullieur qui ne trouve rien de précis cliniquement ; mais en raison de l'épidémie de fièvre typhoïde, il pense à la possibilité de cette affection, et fait faire un séro-diagnostic qui est positif à 1/150 pour le bacille d'Eberth. Du 14

au 16 novembre, la température oscille entre 38° et 39°, 39°5. Apyrexie complète le 20 novembre.

Rechute le 28 novembre. La température monte de nouveau à 39°5 et se maintient à ce niveau jusqu'au 1^{er} décembre. A partir du 3 décembre, elle présente de grandes oscillations entre 39°5 et 37°, puis le 6 décembre et les jours suivants entre 37° et 38°. Comme au cours de cette rechute on ne trouve pas de signes typiques de fièvre typhoïde, que la courbe thermique est assez irrégulière, on refait un nouveau séro-diagnostic qui est encore très positif à 1/200.

Traitement : lavements froids, uroformine.

Le 11 et le 14 décembre : ascensions thermiques brusques et passagères, la première à 40°, la seconde à 38°9, coïncidant avec des douleurs au niveau d'un sein : l'examen de ce dernier est cependant négatif.

Du 17 au 19 décembre : courbe thermique assez irrégulière, descendant même un matin à 36° pour remonter le soir même à 38°.

Le 20 décembre, la température qui était à 37° le matin, monte à 5 heures du soir à 38°7. La malade a quelques coliques utérines. *Le soir même, à 10 heures, l'avortement se produit* : fœtus de 5 mois et demi vivant, mais qui meurt au bout de quelques heures. L'avortement est suivi d'une *hémorragie très abondante*. A noter que la température qui était montée à 39°5 avant l'accouchement, redescend le lendemain matin à 35°8, puis remonte le 21 au soir à 37°7. Après encore une ascension thermique à 39° le 22 décembre, la malade est complètement apyrétique.

Dans les jours qui ont suivi l'avortement, le cœur manifeste un peu de défaillance et l'on fit pendant cinq jours des injections de camphodausse. Suites de couches normales.

OBSERVATION XV

*Due à l'obligeance de MM. TRILLAT et CHALIER
et de Mademoiselle le Docteur SCHËN*

Fièvre typhoïde grave à évolution prolongée. Au début du deuxième septenaire, accouchement prématuré d'un enfant qui meurt au bout de quelques heures. Myocardite. Phlébite. Abscès multiples. Escarre. Guérison au bout de trois mois.

Mme L..., 30 ans, tertipare. Rien à signaler dans ses antécédents. Début de l'affection actuelle à la fin du septième mois de la grossesse, les premiers jours de novembre 1928.

Température progressivement ascendante. *Accouchement prématuré à huit mois, le 11 novembre*, alors que les signes cliniques revêtent une allure plutôt bénigne ; l'enfant meurt au bout de quelques heures.

Après l'accouchement, la température continue à monter, elle atteint 39° et s'y maintient en plateau pendant quinze jours. Grosse rate, taches rosées, diarrhée, état général assez bon.

Traitement : lavements froids et glace sur le ventre.

Au bout de quinze jours, ébauche de défervescence, suivie d'une recrudescence plus forte. Pendant huit jours plateau thermique entre 40° et 41°, avec *état général grave* ; surtout phénomènes nerveux, délire intense ; puis apparition d'un galop, avec pouls très rapide, hypotension. Traitement : huile camphrée, puis camphodausse, adrénaline, coramine.

Les phénomènes cardiaques s'atténuent au bout de quelques jours. La température baisse, mais pour remonter bientôt, en même temps qu'apparaissent plusieurs *abcès* au niveau des injections d'huile camphrée. Le 30 décembre : on incise ces abcès.

La température persiste. Il existe une *escarre sacrée* assez superficielle, mais étendue. Les abcès se vident mal. Poussée de phlébite à droite avec œdème léger, un peu de douleur et d'hydarthrose du genou. On applique des sangsues.

Le 12 janvier : incision d'un abcès profond à la cuisse droite, drainage. A partir de cette date, la température commence à baisser, mais très lentement. Les divers abcès mettent encore plusieurs semaines à se vider, en même temps que l'escarre se cicatrise.

La malade quitte la clinique, convalescente, le 9 février 1929.

OBSERVATION XVI

Recueillie dans les services de MM. RHENTER et PALLASSE

Fièvre typhoïde grave chez une femme enceinte de huit mois. Accouchement prématuré au début du deuxième septénaire. Enfant mort-né. Décès de la mère.

Mlle B..., d'Oullins, 16 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou colatéraux. Personnellement a eu la scarlatine étant enfant.

Le début de l'affection remonte au 13 novembre 1928. Après une période de malaise général et de céphalées que la malade mettait sur le compte de la grossesse, survint une température qui monta aux environs de 40°.

Le 21 novembre, la malade entre dans le service de M. Pallasse, et dans la nuit du 21 au 22 novembre, elle passe dans le service de M. Rhenter. Elle est enceinte de huit mois.

Le 22 novembre, à 1 heure du matin : *accouchement spontané prématuré* d'un enfant de 2.800 gr. mort-né.

La malade repasse le jour même dans le service de M. Pallasse, où l'on note : malade un peu agitée présentant une température à 41° avec tachycardie accentuée à 140. Toux, prostration. Langue rôtie, Début d'une petite ulcération ovalaire à droite de la lèvre. Abdomen un peu météorisé. Diarrhée moyenne. Rate non perçue (?). Nombreux râles de bronchite dans les deux poumons. Bruits du cœur normaux.

Le 24 novembre : quelques taches rosées. Ventre très météorisé. La diarrhée persiste.

Le 25 novembre : la malade est emmenée chez elle par sa famille. Depuis le 22, la température s'est maintenue en plateau à 41°, et le pouls à 140. Depuis le 24, elle a du délire.

Traitement durant son séjour à l'hôpital : urotropine, injections d'huile camphrée, adrénaline.

Examens de laboratoire :

Hémoculture : positive pour le bacille d'Eberth et négative pour le streptocoque.

Séro-diagnostic : T 1/250 ; A 1/50.

La malade est morte chez elle les derniers jours de novembre.

B. — FIÈVRE TYPHOÏDE A LA PÉRIODE DES SUITES DE COUCHES

OBSERVATION XVII

Recueillie dans les service de M. RHENTER

Fièvre typhoïde d'allure bénigne.

Mme S..., 26 ans, primipare. Rien à signaler dans ses antécédents, à part une cortico-pleurite en 1927, soi-

gnée par le Docteur Beck, et qui n'a eu aucune suite. La malade n'a pas maigri, ne tousse plus, et la radioscopie a toujours été négative.

Le 7 décembre 1928, dans le service de M. Rhenter, accouchement spontané et à terme. La température avant l'accouchement était de 37°8.

Le 8 décembre, la malade passe à l'infirmierie de la Maternité pour température à 38°6. Déjà durant les deux ou trois jours qui ont précédé l'accouchement, elle se sentait fébrile, présentait de la diarrhée et quelques vomissements.

A l'entrée à l'infirmierie, la malade se plaint de céphalée assez violente, ainsi que de douleurs au niveau des deux seins. Ceux-ci cependant ne sont le siège d'aucune inflammation et ne sont pas douloureux au palper.

L'utérus est normal : le fond est à 11 centimètres du pubis.

La langue est chargée, un peu rouge sur les bords.

L'examen de l'appareil pulmonaire est négatif.

Il n'y a pas de taches rosées. La diarrhée a disparu.

Le 11 décembre, la température qui était montée progressivement tous ces jours, a atteint hier 40°. Elle est aujourd'hui de 38°, 39°4. Un séro-diagnostic est pratiqué, il est négatif.

Le 17 décembre, la température qui s'était maintenue entre 39°5 et 38°5 du 11 au 15, n'oscille plus qu'autour de 38°. Le pouls est descendu de 100 à 80.

Un séro-diagnostic, à nouveau pratiqué, est cette fois positif à 1/50.

Les jours suivants la température baisse progressivement.

Le 4 janvier, la malade quitte le service, apyrétique depuis quinze jours. L'enfant qui pesait 3.530 grammes à la naissance, a quitté le service le neuvième jour en excellent état pour être mis en nourrice.

OBSERVATION XVIII

Recueillie dans le service de M. RHENTER

Accouchement spontané prématuré de quinze jours. Curage pour rétention des membranes. Enfant mort-né. Albuminurie notable dans les derniers mois de la grossesse. Fièvre typhoïde de moyenne intensité survenue vers le cinquième jour après l'accouchement.

Mme D..., 28 ans, primipare. Dans ses antécédents : rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 9 ans, suivi de chorée pour laquelle elle fut traitée à la Charité. Les dernières règles datent du 9 septembre 1928. Suivie seulement à partir du septième mois de la grossesse ; dès ce moment albuminurie massive. Vers le huitième mois, épisode grippal. Puis douleurs épigastriques, amblyopie au réveil et petit à petit apparition d'œdème généralisé. Pas de céphalées.

La tension au début de juin est de 180/100. Bruits du cœur normaux. Régime dès le septième mois.

Le 6 juin 1929 : la malade, présentant des douleurs utérines, entre à la maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse. Le jour même, *accouchement spontané prématuré*. Le placenta est découronné ; on fait un curage. Enfant mort-né, de 1.840 grammes.

Le 7 juin : la malade présentant toujours une albuminurie massive, passe à l'infirmierie de la maternité.

Le 8 juin : disque moyen d'albumine. Bruits du cœur normaux. Pouls à 88. Tension artérielle 210/115.

Le 11 juin : dans la journée la malade présente un frisson, et la température monte de 37° le matin à 40°6 le soir : déjà la veille on avait noté une ascension thermique à 38°8 et le 9 juin 37°8.

Le 13 juin : même frisson que la veille. Persistance de l'hyperthermie. On songe à une infection puerpérale; on fait deux abcès de fixation, et l'on donne pendant quelques jours deux comprimés d'urotropine de 0 gr. 50.

L'albumine a diminué ; elle a passé de 1 gramme, à 0 gr. 75, puis 0 gr. 50 par litre.

Le 16 juin : la malade n'a pas présenté de frisson ces derniers jours. La température se maintient autour de 40°, 40°2. Comme la malade présente de la diarrhée, et que la courbe thermique est en plateau, on pense à une fièvre typhoïde. Une hémoculture est aussitôt pratiquée qui est nettement positive.

Le 18 juin : la tension baisse, il n'y a plus que des traces d'albumine. Actuellement la température se maintient au-dessus de 39°, avec pouls à 104. Il existe toujours un peu de diarrhée, et un certain degré de météorisme abdominal. Taches rosées discrètes. La rate n'est pas nettement perçue. Pas d'ulcérations pharyngées. Quelques sibilances à l'auscultation pulmonaire.

Rien à signaler sur l'appareil génital.

Les abcès de fixation réagissent.

La température qui a atteint encore 40° le 17 juin, avec pouls à 112, redescend les jours suivants progressivement. Incision des abcès le 22 juin.

Apyrexie définitive à partir du 24 juin.

OBSERVATION XIX

Recueillie dans le service de M. RHENTER

Accouchement à terme. Rupture prématurée des membranes cinq jours auparavant. Travail très prolongé. Mort du fœtus in utéro. Craniotomie. Hémorragie abondante ; délivrance artificielle. Shock très intense. Fièvre typhoïde grave avec myocardite,

pleurésie purulente; phlébite. D'autre part phlegmon du ligament large. Décès au cinquantième jour.

Mme P..., 25 ans, primipare. Dernières règles le 24 janvier 1928. Rien à signaler dans les antécédents.

Entre le 15 novembre 1928 à la Maternité de la Croix-Rousse. Rupture prématurée des membranes le 10 novembre, il y a cinq jours. Douleurs depuis plus de 40 heures. On est amené à examiner la malade à 9 h. 30 parce que les douleurs diminuent d'intensité, et qu'elle présente une température à 39°.

A l'examen : présentation du sommet en OIGT, tête engagée. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Au toucher, dilatation à 7 centimètres, col souple. Les doigts ramènent un liquide verdâtre, fétide.

A 11 heures : température à 39°6. Les douleurs ont complètement disparu. On diagnostique la mort du fœtus in utéro et en décide une craniotomie.

. *Craniotomie* : extraction de l'enfant sans difficulté ; il pèse 3.840 grammes. On vérifie l'état du col dont on amène les lèvres à la vulve : déchirure n'intéressant que la portion vaginale de l'utérus, et s'arrêtant à quelques millimètres de l'insertion des parois du vagin sur cet organe. A noter qu'au cours des manœuvres, il s'écoule un liquide vert, très fétide, mêlé à des bulles de gaz qui traduisent l'existence de physiométrie. A la suite de l'extraction (à 11 h. 45), suintement sanguin minime. Etat général satisfaisant.

A 13 heures : écoulement sanguin abondant, perte de 1.000 grammes, en même temps que l'état général s'altère. Délivrance artificielle : placenta de 790 grammes. Il existe un état de shock manifeste. La malade est mise en position tête basse avec surélévation des pieds du lit; caféine, sérum glucosé : 10 cmc sous-cutané, et 300 cmc intraveineux.

A 16 heures : l'état de la malade est très aggravé ; facies très pâle, cyanose des lèvres, sueurs profuses, pouls petit, irrégulier très rapide à 180. Température 39°. On refait une injection de sérum glucosé intraveineux 400 cmc : caféine, morphine, huile camphrée. On réalise la constriction de l'abdomen avec un bandage de corps serré.

En somme, *état de shock intense, aggravé de phénomènes infectieux dus à la rupture prématurée des membranes.*

A 22 heures : amélioration notable, le facies s'est recoloré. Le pouls toujours rapide est régulier, mieux frappé.

Le 16 novembre : l'amélioration se confirme, pouls à 132. Température 38°2.

Le 17 novembre : température 38, pouls à 138. Lochies fétides. On pratique deux abcès de fixation.

Le 18 novembre : élévation de la température à 39°2. La malade a depuis hier quelques frissons.

Le 21 novembre : la température se maintient aux environs de 39°5. Le pouls est rapide à 140. L'état général reste mauvais.

Le 23 novembre : on observe que la température se maintient en plateau et n'affecte pas la courbe d'une septicémie avec ses rémissions habituelles. D'autre part, on est frappé par la prostration de la malade qui est intense. On pratique un séro-diagnostic : il est très positif : T 1/250.

Le 24 novembre : température persistant à 39°. Pouls entre 100 et 110. La rate n'est pas perçue ; il n'existe ni taches rosées, ni ulcérations pharyngées. Pas de diarrhée.

Traitement : sérum Rodet :

Le 23 novembre : 20 cmc.

Le 25 novembre : 10 cmc.

Le 27 novembre : 5 cmc.

Le 27 novembre : la température se maintient toujours entre 39° et 40°. Pouls rapide : 130, 140. La malade est toujours très prostrée. Le 25 : elle a ressenti une brusque douleur au-dessous du sein droit ; et le 26 et le 27, elle a expectoré quelques crachats sanglants. On perçoit quelques râles au niveau du point où la douleur est apparue primitivement.

Le 3 décembre : la malade semble amorcer une légère défervescence. La température oscille entre 38° et 39°. Le pouls est à 116, régulier. On n'observe ni taches rosées, ni grosse rate. Pas de diarrhée.

Le 11 décembre : la température reste en plateau aux environs de 39°. La malade se plaint de douleurs dans les différentes articulations, surtout aux membres supérieurs.

Le 13 décembre : *Aggravation nette*. La température remonte chaque soir entre 39° et 40°, et surtout le pouls est accéléré au-dessus de 130. Au cœur le premier bruit est prolongé par un léger souffle. La prostration a augmenté. Depuis quelques jours la gêne respiratoire est assez vive avec expectoration mousseuse.

A l'auscultation on perçoit des râles muqueux aux deux bases, en particulier à la base droite où il existe de plus une respiration soufflante.

Traitement : révulsion thoracique ; *tonicardiaques* : XX gouttes de digitaline par jour, huile camphrée ; inhalation d'oxygène.

La malade est vue par le Docteur Bonnamour qui confirme le diagnostic de *congestion de la base droite et de souffle systolique à la pointe du cœur*.

Le 15 décembre, sans que la malade ait attiré l'attention sur ce côté par de la douleur, on constate au palper abdominal une masse située à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale à droite, mal limitée.

Au toucher : le cul-de-sac latéral droit et la moitié

du cul-de-sac postérieur sont blindés. L'utérus étant de ce côté pris dans une véritable gangue. Il s'agit d'un *phlegmon ligneux du ligament large*, avec participation possible de la trompe.

Le 16 décembre : matité franche à la base droite, avec abolition du murmure et pectoriloquie aphone. Une ponction à ce niveau ramène un peu de liquide.

Le 20 décembre : début de phlébite au membre inférieur gauche avec douleurs et œdème.

*Le 28 décembre : température 39°6, pouls à 140. Dyspnée très vive. On constate toujours la présence d'un épanchement à la base droite. La matité a augmenté. Léger œdème de la paroi à ce niveau. A la ponction, le Docteur Bonnamour retire un liquide purulent, couleur café au lait, extrêmement fétide. On est donc en présence d'une *pleurésie putride*.*

La *pleurotomie* est immédiatement pratiquée au lit de la malade sous anesthésie locale par le Docteur Wertheimer, résection osseuse, et mise en place d'un drain.

Le cœur restant toujours très rapide, on continue l'huile camphrée, la strychnine, ainsi que la solubaïne.

La phlébite et le phlegmon du ligament large, poursuivent par ailleurs leur évolution.

Le 2 janvier 1929 : à la suite de l'intervention pratiquée, la température s'est abaissée le 29 au matin à 37°, pour remonter le soir même à 40°. L'état général a paru devenir meilleur, mais le pouls est toujours très rapide, 130, 140. Respiration courte, difficile.

Le 3 janvier : la malade est très dyspnéique. Son pouls est de plus en plus rapide alors que la température se maintient aux environs de 38°. L'état général décline. La malade ne s'alimente qu'avec une difficulté extrême.

Elle succombe le soir même à 22 h. 30, au milieu d'accès de suffocation, le cinquantième jour environ après le début de sa maladie.

CHAPITRE PREMIER

De l'immunité

Avant d'aborder l'étude des rapports réciproques de la fièvre typhoïde et de la puerpéralité, il importe de répondre à une question, qui jusque-là a éveillé la curiosité de la plupart de ceux qui s'en sont occupés, et que l'on a entourée de beaucoup plus de mystère qu'elle n'en comporte en réalité : nous voulons parler de l'immunité de la femme enceinte vis-à-vis de la fièvre typhoïde.

Les nombreuses observations, que l'on a publiées tant en France qu'à l'étranger, permettent évidemment d'écarter d'emblée l'hypothèse de l'immunité absolue, à laquelle on a cru pendant quelque temps, sur les affirmations de ROKITANSKY et de NIEMEYER.

Mais, par contre, l'immunité relative a eu nombre de défenseurs, et depuis 1880 on n'a cessé de voir éclore des statistiques en sa faveur.

C'est d'abord GÜSSEROW, en 1880, qui sur 1.420 cas de fièvre typhoïde, observés à l'hôpital de Basler, n'a

rencontré que 48 femmes enceintes : soit une proportion de 3,3 %.

ZUELZER, à Vienne (1885), arrive à une proportion de 24 femmes enceintes sur 1.852 cas, c'est-à-dire de 1,3 %.

MARTINET, pendant l'épidémie de Paris (1883), sur 460 femmes soignées à Lariboisière pour la fièvre typhoïde, n'a trouvé que 16 femmes enceintes, soit 3,5 %.

DUHAUT, dans sa thèse, relate que sur 1.046 cas de dothiéntérie à Lyon, on n'a pu relever que 7 cas seulement survenus au cours d'une grossesse.

Mais de ces statistiques, bien des causes d'erreur viennent en altérer la valeur. Dans les unes sont compris des malades des deux sexes ; dans d'autres, on n'a tablé que sur le sexe féminin, mais en y comprenant jeunes filles et enfants.

Il n'empêche que jusqu'à maintenant l'extrême rareté de la typhoïde chez les femmes enceintes était un dogme à peu près universellement admis, bien qu'on ne puisse l'expliquer.

Pour notre part, nous croyons que le problème a toujours été mal posé ; et même vouloir le résoudre en prenant les adultes du sexe féminin dans leur ensemble, c'est encore donner une base fausse à sa solution. En fait, n'aura de valeur qu'une statistique qui établira les pourcentages des cas déclarés chez les femmes non enceintes d'une part, et chez les femmes enceintes d'autre part. Car, tout le monde en conviendra, le nombre de ces dernières est infiniment moindre que celui des premières. En procédant ainsi,

on n'établit plus de comparaisons entre les malades eux-mêmes, mais entre des catégories de personnes. On ne doit pas oublier, en effet, dans un pareil débat, que si la typhoïde est une maladie contagieuse, on ne peut tout de même dire d'elle ce que le fabuliste disait de la peste. En temps d'épidémie, elle frappe beaucoup de gens, mais elle est bien loin d'atteindre la totalité d'une population, et le choix de ses victimes paraît même parfois assez capricieux. Lors de la dernière épidémie de novembre 1928, qui a été abondamment diffusée dans la banlieue lyonnaise par l'eau soi-disant potable (!), si des familles entières ont été touchées, il en est d'autres qui n'ont vu qu'un ou deux de leurs membres atteints, et certaines purent se vanter d'être absolument indemnes.

On objectera que nous n'avons recueilli que 16 cas déclarés chez les femmes enceintes ou dans les suites de couches au moment de l'épidémie, et que c'est un chiffre bien minime, alors qu'officiellement l'infection a touché plus de 3.000 personnes. C'est le raisonnement des anciens auteurs, nous savons ce qu'il vaut. Si nous ne voulons retomber dans l'erreur que nous reprochions à ceux-ci, nous devons faire remarquer que, dans ce chiffre de 3.000, sont compris non seulement des femmes, mais encore des hommes et surtout beaucoup d'enfants. De plus, nous n'avons pas la prétention de publier ici tous les cas survenus en cours de grossesse à cette époque. Il y a d'abord quelques services qui furent installés à la hâte, où les observations furent prises très succinctement, et où nous n'avons pas effectué de recherches. D'autre part, il ne

faut pas perdre de vue qu'un très grand nombre de malades ont été soignés à domicile. Même des femmes enceintes, et de la clientèle hospitalière, ont été traitées chez elles ; nous avons pu retrouver quelques-unes de celles-ci, mais la plupart nous ont échappé.

On se rend compte que l'immunité relative des femmes enceintes vis-à-vis de l'infection éberthienne est chose difficile à prouver ; sa démonstration exige une enquête délicate, minutieuse, et pratiquement impossible, car pour être absolument concluante, elle devrait être conduite dans chaque famille.

Nous avons retrouvé cependant une statistique qui se rapproche sensiblement de ces conditions ; c'est SACQUIN qui la publie dans sa thèse. Le Docteur LEBON, dit-il, eut l'occasion d'observer une épidémie de typhoïde dans les cités ouvrières de Liverdun, en 1883 : sur 430 habitants, l'épidémie frappa 94 personnes ; parmi celles-ci, il y eut 44 personnes du sexe féminin, dont 25 étaient des enfants au-dessous de 15 ans et 19 des adultes ; sur ces 19 femmes, on en comptait 5 dans un état de gravidité. Etant donné le faible chiffre de la population, on peut supposer que l'épidémie a touché les femmes enceintes dans une proportion relativement élevée. Nous admettons bien que le champ de l'expérience est ici très restreint, mais nous sommes convaincu qu'à une statistique faite sur une plus grande échelle, dans une localité où la population serait suffisamment dense, la théorie de l'immunité relative ne résisterait pas davantage.

Il est un second point sur lequel nous voulons encore insister, car, là aussi, les conclusions que l'on a

formulées ne semblent pas très justifiées. *Y a-t-il une époque de la grossesse où la fièvre typhoïde soit plus fréquente, où la femme soit plus apte à la contracter ?*

On a invoqué plusieurs statistiques pour prétendre que l'affection est plus fréquente dans les six premiers mois.

Sur 82 cas, SAVIDAN, dans sa thèse, trouve 52 cas dans les 6 premiers mois et 30 seulement dans les 3 derniers mois de la grossesse.

Dans une autre statistique, CHARPENTIER trouve 130 cas du 3^e au 7^e mois et 90 après le 6^e.

Sur 18 cas, SACQUIN n'en constate que 4 dans les 3 derniers mois.

Et pour expliquer ce phénomène, la plupart des auteurs citent et admettent l'opinion de GÜSSEROW : d'après celui-ci, la femme gravide à l'approche du terme est moins exposée à la contagion typhique parce qu'elle se retire un peu de la vie commune, tandis que dans les premiers mois, elle vaque à ses occupations habituelles et s'expose ainsi davantage à l'infection ; de plus, elle s'accorde d'autant plus de repos que sa grossesse est plus avancée, et de ce fait elle se surmène moins et résiste mieux aux germes pathogènes.

A vrai dire, cette explication n'a pas une valeur absolue : beaucoup de femmes du peuple, et on peut même dire aujourd'hui beaucoup de femmes de la bourgeoisie, bien qu'arrivées au terme ultime de leur grossesse, ne changent rien à leur vie et bien souvent se surmènent.

D'autre part, est-ce bien utile de recourir à de pa-

reils raisonnements ? L'exposé du problème nous suggère une solution plus simple : les trois derniers mois ne représentent-ils pas en fait le tiers de l'évolution de la grossesse ? Il serait donc normal de ne trouver, pendant cette période, que le tiers des cas. Les statistiques de CHARPENTIER et de SACQUIN sont évidemment un peu au-dessous de ce taux ; mais dans celle de SAVIDAN, les cas relevés dans les trois derniers mois sont relativement bien plus nombreux. Nous-même, parmi 17 cas que nous publions, nous en trouvons 7 dans les derniers mois (1) ; et sur un ensemble de 142 cas, nous en relevons 90 dans la première période et 52 dans la seconde. Nous tenons cependant à signaler, pour être exact, que cette statistique ne renferme aucun cas évoluant dans le premier mois, et que, par le fait, elle ne porte que sur huit mois, du 2^e au 9^e inclus ; toujours est-il que le chiffre de 52 représente bien les trois huitièmes du total des cas.

La preuve semble donc bien faite qu'on ne peut en aucune manière et à aucun moment parler d'immunité. Remarquons d'ailleurs que les conclusions que nous proposons, tant sur le premier que sur le second point, ne font que confirmer ce qu'insinuaient déjà l'expérience et la théorie : il n'y a en effet aucune raison pour que, du fait de la grossesse, la femme

(1) Dans ces sept cas est comprise l'Obs. XVII, où la fièvre typhoïde a certainement débuté quelques jours avant l'accouchement. Les cas où la maladie a débuté à six mois sont rangés dans la seconde période. Il est bien évident du reste qu'une statistique comme celle-ci ne peut être rigoureusement exacte, car la délimitation n'est jamais d'une précision absolue.

échappe plus que les autres à la contagion typhique ; ce serait vraiment un fait unique en son genre, car cet état ne la met pas à l'abri des autres infections. Et en cela nous devons rendre hommage à la plupart de nos devanciers, qui s'en étaient bien rendus compte, et qui, tout en admettant la rareté de la typhoïde au cours de la grossesse, s'étonnaient d'un fait aussi étrange, et cherchaient en vain à lui donner une explication.

CHAPITRE II

Influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse

Le sujet traité dans les lignes qui vont suivre représente certainement le point capital de cette étude. Car, on le verra plus loin, du fait de l'état de gravidité, la dothiéntérie n'offre pas un tableau clinique plus spécialement grave, et la mère n'a pas à redouter un pronostic plus réservé que dans les cas habituels. Mais on doit se préoccuper bien autrement de l'évolution de la grossesse. Tous les auteurs reconnaissent que la fièvre typhoïde, survenant au cours de celle-ci, détermine avec une grande fréquence soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré ; et toutes les statistiques, publiées sur ce point, en apportent la preuve formelle. Seules, les opinions diffèrent sur la proportion exacte.

GÜSSEROW signale, à l'hôpital de Basler, une proportion de 89 % ;

LIEBERMEISTER, sur 18 grossesses compliquées de fièvre typhoïde, a vu survenir 15 avortements, soit 83 % ;

BRIEGER, sur 78 cas, observe 53 avortements, soit 68 % ;

ZUELZER, 14 avortements sur 24 cas, soit 58 % ;

KAMINSKY, 54 avortements sur 87 cas, soit 58 % ;

BARATTE, 57 avortements sur 94 cas, soit 60 % ;

MARTINET, 66 avortements sur 109 cas, soit 60 % ;

SACQUIN, 199 avortements sur 310 cas, soit 64 %.

De tous ces chiffres, il semble ressortir que la moyenne des expulsions prématurées oscille autour de 60 %. Nous tenons cependant à signaler que, parmi les observations recueillies lors de la récente épidémie de la région lyonnaise, on relève une proportion bien plus faible: 4 interruptions de la gestation sur 12 cas, soit 33 % ; et si l'on prend l'ensemble des 16 cas que nous rapportons, on ne trouve que 6 avortements ou accouchements prématurés, soit 37 %. On serait tenté, d'après ces derniers chiffres, de trouver bien exagérée la proportion de 60 % ; mais, à vrai dire, à vouloir les prendre comme base de discussion, on nous répondra, non sans raison, que sur une quinzaine de cas, on ne peut édifier qu'une argumentation bien fragile, que dans une dernière étude DEBORD a publié une série d'observations dont les résultats désastreux s'opposent aux nôtres (7 avortements sur 10 malades), et que, dans nos cas où la grossesse a évolué sans incident, il s'agissait de fièvre typhoïde d'allure bénigne ou d'intensité très moyenne ; et l'on verra plus loin que l'intensité de l'affection joue un

des premiers rôles en pareille circonstance. Et, de fait, en reprenant la question sur un plus grand nombre d'observations, nous avons trouvé 78 *expulsions prématurées* sur 134 cas, soit 58 %, proportion sensiblement analogue à celles trouvées autrefois ; mais remarquons, en passant, qu'il ne s'agit pas des deux tiers des cas, comme on l'a dit : la moyenne est seulement un peu supérieure à la moitié des cas.

L'avortement est-il plus fréquent que l'accouchement prématuré ? On l'a dit, et ceci n'a rien de surprenant, étant donné que, du fait de l'inégalité des deux périodes, il y a un plus grand nombre de cas dans les six premiers mois. Mais il importe surtout de savoir la relativité de l'un et de l'autre : l'avortement se produit-il plus ou moins facilement que l'accouchement prématuré ? La différence est pour ainsi dire nulle, puisque sur 86 cas dans les six premiers mois, on ne relève que 49 avortements, soit 57 %, tandis que sur 48 cas dans les trois derniers mois, l'accouchement prématuré a eu lieu 29 fois, soit dans 60 % des cas.

On peut poursuivre plus loin l'enquête, et étudier comment, au fur et à mesure de son évolution, se comporte l'utérus gravide. SACQUIN aurait trouvé sur 13 cas :

8 accouchements prématurés au 7^e mois ;

4 accouchements prématurés au 8^e mois ;

1 accouchement prématuré au 9^e mois.

Et il concluait que, dans les trois derniers mois, la dothiéntérie provoquait d'autant plus souvent l'expulsion du fœtus qu'elle survenait à une époque plus

éloignée du terme. Cette opinion paraît assez surprenante, car, en général, la moindre indisposition amène plus facilement l'accouchement prématuré lorsque la grossesse est plus proche du terme, et ceci doit se vérifier bien davantage encore quand il s'agit d'une affection grave. Il est également logique d'admettre que l'avortement s'observera d'autant plus fréquemment que la maladie se déclarera dans les tout premiers mois. Une statistique, dans la thèse de PENOT, le laissait déjà pressentir, et les résultats que nous avons trouvés ne font que le confirmer. Nous avons constaté, en effet (1) :

Sur 5 cas, au 2^e mois, 1 avortement ;

Sur 20 cas, au 3^e mois, 10 avortements, soit 50 % ;

Sur 23 cas, au 4^e mois, 14 avortements, soit 60,8 % ;

Sur 28 cas, au 5^e mois, 8 avortements, soit 28,5 % ;

Sur 24 cas, au 6^e mois, 7 avortements, soit 29 % ;

Sur 23 cas, au 7^e mois, 9 accouchements prématurés, soit 39 % ;

Sur 24 cas, au 8^e mois, 14 accouchements prématurés, soit 58 % ;

Sur 9 cas, au 9^e mois, 5 accouchements prématurés, soit 55,5 %.

Loin de nous la pensée d'attribuer à cette statistique une valeur absolue et pour ainsi dire mathématique : pour chaque mois il n'y a que trop peu de cas, en particulier pour le 2^e et le 9^e mois ; et même nous n'avons retrouvé aucun cas de fièvre typhoïde évo-

(1) D'après ce tableau, on pourrait croire que nous avons recueilli un bien plus grand nombre de cas que nous ne le disions plus haut, mais nous avons compté deux fois les cas où la fièvre typhoïde évoluait sur deux mois différents.

luant dans le premier mois. Cette rareté de l'affection tout au début de la grossesse ne doit être qu'apparente, elle est due sans doute à ce que la grossesse, ainsi que l'avortement passent plus facilement inaperçus à cette période. Toujours est-il que, d'après les chiffres ci-dessus, on voit se dessiner très nettement une courbe qui, d'abord assez élevée aux 3^e et 4^e mois, descend considérablement aux 5^e et 6^e, puis remonte légèrement au 7^e, pour atteindre aux 8^e et 9^e mois son niveau de départ.

Outre l'âge de la grossesse, il est un autre facteur très important, parmi les diverses influences qui favorisent l'expulsion du fœtus avant terme : c'est *l'intensité de la fièvre typhoïde* ; à elle revient certainement la plus grande part de responsabilité.

Déjà BOURGEOIS, dans une statistique publiée dans les « Mémoires de l'Académie de Médecine », en 1862, parlant du rôle de la gravité de l'infection éberthienne, déclarait : « Sur 22 femmes atteintes de fièvre typhoïde pendant les premiers mois de la grossesse, six n'eurent guère qu'une maladie légère et n'avortèrent pas ; seize furent atteintes de symptômes graves, et parmi elles douze avortèrent, les quatre autres ayant pu conserver leur fruit. »

Il est, en effet, naturel de penser que la fièvre typhoïde provoquera d'autant plus l'expulsion fœtale qu'elle présentera une allure plus sévère ; et parmi 106 observations que nous avons pu réunir, où la fièvre typhoïde a été traitée par les moyens médicaux ordinaires, sans bains froids, nous avons noté :

8 interruptions de la grossesse sur 31 cas, avec F. T. légère ;

33 interruptions de la grossesse sur 49 cas, avec F. T. moyenne ;

23 interruptions de la grossesse sur 26 cas, avec F. T. grave.

Donc, dans la très grande majorité des cas, une fièvre typhoïde grave provoque l'avortement, et le plus souvent une fièvre typhoïde légère laisse la grossesse suivre son cours. Mais toute règle a ses exceptions : une dothiéntérie grave peut n'avoir aucune conséquence obstétricale, alors qu'une forme légère suffit à provoquer l'accident. Au besoin, voici quelques observations tout à fait probantes :

Observation VIII, de Martinet. (Union Médicale, 1883).
— Mme Chauveau, 32 ans, enceinte de 7 mois et demi. Fièvre typhoïde grave, avec température à 40°8, 40°6 et 41° pendant 5 jours, oscillations ensuite autour de 40°. Le treizième et le quatorzième jours, deux hémorragies intestinales abondantes. Traitement : sulfate de quinine 1 gramme, pendant 10 jours ; injections sous-cutanées d'ergotine. Néanmoins la malade mène sa grossesse à terme, et accouche le 8 décembre d'un enfant vivant ; elle était complètement guérie depuis le 15 novembre.

L'observation XIII, que nous publions, est également un exemple de fièvre typhoïde sérieuse et prolongée sans avortement à la période d'état. Il n'a eu lieu que beaucoup plus tard, à la dernière phase de la défaillance cardiaque et alors que tous les signes d'infection éberthienne avaient disparu depuis plusieurs semaines.

Cas, où la fièvre typhoïde, bien que légère, a provoqué l'avortement :

Observation III de Martinet. — Mme X..., 25 ans, enceinte de 1 mois et demi, entre le 6 novembre 1882 à Lariboisière. Se plaint depuis cinq ou six jours de maux de tête, céphalées, courbatures, inappétence ; tousse un peu. Le 6 novembre au soir : température 39°4 ; quelques râles disséminés dans le poumon droit, douleurs dans la fosse iliaque droite. — Le 9 novembre : taches rosées, diarrhée, ventre un peu douloureux ; température 37°3, 37°4. — Le 10 : la température du soir arrive à 39°, et à partir de ce moment augmente de 2/10° de degré tous les soirs, pour atteindre 40° le 14. Les rémissions matinales ont toujours été d'au moins 1°. La malade se plaint de douleurs abdominales passagères. — Le 14 : épistaxis et métrorragies peu abondantes. — Le 15 : température 37°, 39°8. Dans la nuit : douleurs dans le bas-ventre, quelques pertes sanguines ; expulsion d'un fœtus de deux mois à peine, au seizième jour de la maladie. — Le 16 novembre, ainsi que le 17 : température 37°, 38°4, 37°8. Etat général très bon. Apyrexie définitive les jours suivants, la convalescence suit un cours normal. — En somme fièvre typhoïde de courte durée, dont la période d'état a été malgré tout légère, avec une température qui a oscillé pendant quatre jours entre 39° et 40° et sans adjonction d'autres phénomènes généraux.

Observation V. Thèse de Sacquin, page 56. — Malade présentant une fièvre typhoïde bénigne, bien qu'elle ne fut terminée qu'au commencement du quatrième septenaire ; la température n'a jamais dépassé 39°. Avortement à la convalescence, alors que l'apyrexie était com-

plète depuis quelques jours. Expulsion d'un fœtus de quatre mois. Suites de couches sans incident.

Observation III. Thèse d'Esclavissat. — Mme G..., enceinte de cinq mois, contracte la fièvre typhoïde en soignant sa fillette. La symptomatologie fut légère : la température ne dépassa guère 38° et le pouls oscilla entre 90 et 100. La malade eut une ou deux selles diarrhéiques par jour pendant quatre à cinq jours. Au deuxième septénaire : hémorragie utérine bientôt suivie de l'expulsion d'un fœtus qui vécut une heure. Les jours suivants, la malade entre définitivement en convalescence.

Dans les observations XIV et XV que nous rapportons, l'interruption de la grossesse s'est produite également au milieu d'un tableau clinique de légère intensité. Dans l'observation XIV, l'état général était très satisfaisant, on n'a noté que quelques ascensions thermiques à 40°. Dans l'observation XV, l'accouchement prématuré est survenu au début de la maladie, la température ne dépassant pas 39°.

Il reste encore un dernier point à étudier : *l'avortement peut-il se produire à toutes les périodes de la maladie ?*

La plupart des auteurs, tout en signalant sa fréquence particulière dans le deuxième septénaire, admettent qu'on peut le voir à n'importe quel moment. C'est à peu près ce que démontrent les deux tableaux ci-dessous (1) :

(1) Les cas rangés dans le « 1^{er} ou 2^e sept. », ou dans le 3^e ou 4^e sept. », sont des cas dont le classement est douteux.

Fréquence de l'avortement suivant les septénaires

Auteurs	1 ^{re} sept	2 ^e s.	3 ^e s.	3 ^e ou 4 ^e s.	4 ^e s.	Rechute	Conva- lescence
Martinet.....			2				1
Sacquin.....		4					2
Corbin.....		4	3				1
Duhaut.....			1				1
Penot.....					1		
M ^{me} Kanter..					1		
Tramont...			1			1	
Esclavissat..		3	2				
Debord.....	1	2	1	2			1
Cas nouveaux		2				2	1
	1	15	10	2	2	3	7

*Fréquence de l'accouchement prématuré
suivant les septénaires*

Auteurs	1 ^{re} sept.	1 ^{re} ou 2 ^e s.	2 ^e s.	3 ^e s.	4 ^e s.	Rechute	Conva- lescence
Martinet.....			2				1
Sacquin.....			2				1
Corbin.....	1	1	3	5	1	1	1
Duhaut.....				1	1		
M ^{me} Kanter..	1						
Tramont...	1						1
Esclavissat..				1			
Debord.....			1				
Cas nouveaux			1				
	3	1	9	7	2	1	4

Dans ces deux tableaux, le deuxième septénaire dé-
tient nettement le record, mais le troisième septénaire
le suit de près. Cette prédominance n'a du reste rien

d'étonnant, puisqu'elle correspond à la phase où les phénomènes morbides sont le plus intense, où la température et l'infection sont à leur apogée.

Trois avortements ou accouchements prématurés, signalés au cours de rechutes, ont été provoqués par des rechutes graves succédant à une première phase d'infection éberthienne d'intensité moyenne.

Quand l'interruption de la grossesse a lieu à la convalescence, elle se produit en général dans les tout premiers jours de celle-ci. Sur 11 cas de ce genre, 2 ont été provoqués, l'un par la défaillance cardiaque de la mère, l'autre par une crise d'éclampsie. Pour les 9 autres cas, on ne voit pas de caractères particuliers à signaler : il s'agissait aussi bien de typhoïdes graves que de typhoïdes moyennes ou même d'intensité légère.

Sur la *symptomatologie de l'avortement*, nous n'insisterons pas. Suivant les cas, il revêt l'un de ses deux types habituels, hémorragique ou douloureux. On a prétendu que la forme hémorragique était la plus fréquente ; ZUELZER, GOLDTAMMER disent que presque toutes les femmes, qu'ils virent avorter dans le cours de la fièvre typhoïde, furent atteintes de métrorragies graves. Pour ces auteurs, du fait de la fièvre typhoïde, il se produirait une congestion passive des organes pelviens, qui serait cause de ces épistaxis utérines signalées par GUBLER. Cette congestion serait encore accrue du fait de la présence du produit de conception ; et l'on aurait ainsi toutes chances de voir se déclencher une forte hémorragie qui décollera l'œuf et amènera son expulsion parmi les caillots.

Cette éventualité ne semble cependant pas la plus fréquente. GÜSSEROW ne l'a constatée que très rarement ; SACQUIN ne l'a jamais observée, et sur 78 avortements ou accouchements prématurés, nous n'avons trouvé que dix cas seulement où des hémorragies très abondantes ont précédé l'expulsion du fœtus. On peut dire que dans les trois quarts des cas, l'avortement se présente sous le type douloureux : des douleurs se manifestent, d'abord légères et intermittentes, puis plus intenses, plus fréquentes, et de plus en plus rapprochées. Il se produit alors un léger suintement sanguin, et au bout de quelques heures l'œuf est expulsé.

GÜSSEROW et WALLICH ont relaté quelques particularités intéressantes : dans quelques cas, assez rares du reste, l'avortement est précédé d'un frisson intense, et ce dernier est suivi d'une élévation de température à 39°8 et même 40°2. D'autre part, dans certains cas où l'avortement s'accompagne d'hémorragies très abondantes, on peut observer, dans les heures suivantes, une chute brusque de la température (jusqu'à 35° dans un cas de GÜSSEROW). Remarquons que, dans l'observation XIV, on assiste à une scène clinique sensiblement analogue aux faits ci-dessus. Nous n'avons pu savoir si la malade avait présenté un frisson intense ; mais, sans qu'on en puisse déceler la cause, la température est montée, le 20 décembre, de 37° le matin à 39°5 le soir, et à 22 heures l'avortement se produisait, suivi d'une hémorragie très abondante. Le lendemain matin, la température était descendue à 35°8, puis remontait le soir à 37°7. Toutefois, on ne peut considérer cette observation

comme très typique, car dans les jours précédents, la courbe thermique avait fait preuve d'une grande instabilité, avec des clochers à 39°5, 40° ; des dépressions à 36°6 et même 36°.

Nous avons retrouvé d'autres observations, où la température a été nettement influencée par l'avortement, alors que la maladie était en pleine évolution ; mais nous en parlerons plus loin, cette question étant mieux à sa place au chapitre VI.

CHAPITRE III

Pathogénie de l'interruption de la grossesse

Pour expliquer le mécanisme de l'avortement au cours de la fièvre typhoïde, on a fait appel aux théories les plus variées. Tour à tour on a incriminé la diarrhée, les complications pulmonaires, les troubles de l'hématose, les congestions utérines, les perturbations nerveuses, l'hyperthermie, l'infection du fœtus. Nous allons étudier ces différentes hypothèses, mais en passant rapidement sur les quatre premières, qui, de nos jours, ont beaucoup perdu de leur valeur.

A. — Diarrhée.

CHAMBON DE MONTEAUX, au XVIII^e siècle, a soutenu que la diarrhée pouvait, à elle seule, déclencher l'avortement, en provoquant, par action réflexe, des contractions utérines. DEVILLIERS et BOURGEOIS ont repris plus tard cette théorie. Mais elle paraît peu défendable. On a observé, en effet, des cas de diarrhée incoercible chez des femmes enceintes, dont la gros-

sesse n'en a pas moins poursuivi son évolution normale. Au cours de nos recherches, nous avons également remarqué plusieurs observations où une diarrhée abondante est signalée, sans qu'il y ait eu pour autant la moindre menace d'avortement. (Thèse de SACQUIN : obs. IV et V. — Thèse de DUHAUT : obs. IV et V. — Thèse de TRAMPONT : obs. I.)

B. — Complications pulmonaires. - Troubles de l'hématose.

GRISOLLE estimait que les complications pulmonaires pouvaient agir indirectement sur l'utérus gravide par les efforts de toux qu'elles provoquent et les secousses plus ou moins fortes qui en résultent; il se produirait alors, au niveau de l'utérus, des hémorragies suffisantes pour déclencher l'expulsion du fœtus.

Cette opinion ne semble guère admissible. MARTINET déjà la rejetait énergiquement. Nombre de femmes enceintes présentent des accès de toux répétés et n'avortent pas; d'autre part, au cours de la typhoïde, la toux ne revêt jamais une intensité très grande, et, en tout cas, elle est loin de présenter quelque analogie avec la toux quinteuse de la coqueluche.

Néanmoins, certains auteurs, SACQUIN, MARTINET, ont voulu attribuer aux complications pulmonaires un certain rôle : elles produiraient des modifications dans les échanges gazeux, des troubles de l'hématose, et l'acide carbonique en plus grande proportion dans le sang déclencherait alors les contractions utérines.

Sans nier absolument la valeur de cette hypothèse, nous ne lui accordons qu'une minime importance ; car si les complications pulmonaires avec cyanose et dyspnée accentuée peuvent s'observer au cours de la typhoïde, elles ne sont pas, malgré tout, d'observation courante : parmi toutes les observations publiées, nous ne les avons trouvées signalées qu'une ou deux fois ; le plus souvent, les signes pulmonaires ne dépassent pas le stade de la bronchite banale, qui n'entraîne jamais un trouble de l'hématose bien considérable ; même dans deux cas où la dyspnée fut assez intense, l'avortement n'eut pas lieu. (Thèse d'ESCLAVISSAT : obs. I. — Thèse de DUHAUT : obs. IV.)

Notons que la défaillance cardiaque peut avoir une influence analogue à celles des complications pulmonaires ; et l'observation XIII, que nous rapportons, réalise assez bien ces conditions ; encore l'avortement ne s'est-il produit que tardivement à la période ultime de la myocardite, alors que depuis deux mois le cœur avait présenté déjà à plusieurs reprises des signes de défaillance ; et puis le transport de la malade depuis Oullins n'a-t-il pas favorisé la chose ? L'accouchement a eu lieu le soir même de son arrivée à l'hôpital.

C. — Congestion utérine. - Endométrite hémorragique.

On a prétendu qu'au cours de la fièvre typhoïde, l'utérus était le siège de poussées congestives ; au début, il y aurait pléthore active donnant lieu à de « véritables épistaxis utérines » ; plus tard, à la pé-

riode d'état, on peut encore observer des métrorragies, mais par congestion passive, et par friabilité spéciale des petits vaisseaux. Il en résulterait des décollements placentaires, et par suite l'interruption de la grossesse.

Cette théorie appelle les mêmes réserves que les précédentes : elle repose sur un fait d'observation peu fréquente ; les métrorragies se voient en effet rarement au cours de la typhoïde et, comme nous l'avons dit au chapitre précédent, si la congestion de l'utérus déclenchait si souvent l'avortement, celui-ci devrait toujours être annoncé par des hémorragies abondantes, or nous ne les avons notées qu'une dizaine de fois sur 78 expulsions prématurées.

Pour GOLDTAMMER et ZUELZER, il se produirait, au cours de la dothiéntérie, une inflammation primitive de la muqueuse, une véritable endométrite hémorragique. Mais les recherches anatomiques n'ont jamais pu confirmer cette opinion. Du reste, si jadis on était porté à accuser l'endométrite d'un grand nombre de métrorragies, aujourd'hui on tend à en restreindre considérablement le rôle dans la pathogénie de celles-ci (1).

D. — Perturbations nerveuses.

On sait la fréquence des troubles nerveux au cours de la fièvre typhoïde : rien d'étonnant à ce que, dans une certaine mesure, on les ait tenus pour responsa-

(1) Voir le traité de COTTE sur « *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme* », page 131.

bles de l'interruption de la grossesse. La contraction utérine serait mise en jeu par l'excitation directe du centre médullaire génito-spinal par les toxines éberthiennes, et cela principalement dans les formes ataxiques de la dothiéntérie.

Remarquons cependant que l'ataxie est surtout d'origine cérébrale : l'agitation désordonnée qui la caractérise ne fait que traduire l'intensité du trouble psychique, de la confusion mentale qui est à la base de cet état ; au surplus, c'est la motilité volontaire qui est mise en jeu, et non les muscles lisses.

Il ne peut s'agir non plus de lésions médullaires à proprement parler : outre que la myélite typhique est d'une extrême rareté, elle donne lieu à des troubles assez étendus : paraplégie flasque, troubles sphinctériens. Or, ces symptômes n'ont été notés dans aucune observation, et il est bien improbable que le centre génito-spinal soit seul lésé ; à supposer qu'il le fût, ne manifesterait-il pas son altération plutôt par de l'inertie utérine que par des signes d'excitation ?

Faut-il donc abandonner complètement la pathogénie nerveuse de l'avortement ? Nous ne le croyons pas ; cette conception, dont SACQUIN s'est fait le défenseur, renferme certainement une part de vérité. Nous nous réserverons du reste d'y revenir plus loin.

E. — Hyperthermie.

Avant les découvertes bactériologiques, on considérait l'hyperthermie comme étant la cause principale de l'avortement, au cours de la fièvre typhoïde. On

avait remarqué, en effet, que la mort du fœtus et l'expulsion prématurée survenaient surtout dans les maladies aiguës ou la température est la plus élevée.

Ce sont d'abord les auteurs allemands qui se sont occupés de la question.

Déjà HOHL, en 1833, avait observé qu'une température élevée de la mère accélère le pouls du fœtus.

En 1862, FIEDLER eut l'occasion de soigner deux femmes enceintes atteintes de fièvre typhoïde: dans les deux cas, le parallélisme de la courbe thermique de la mère et de celle qui indiquait la fréquence du pouls fœtal, était tout à fait manifeste et durable.

WINCKEL, en 1869, fait les mêmes constatations et remarque de plus que dans les cas où la température maternelle dure un certain temps, l'enfant naît en état d'asphyxie ou même mort.

Mais c'est surtout KAMINSKY et MAX RUNGE qui s'occupèrent de la question.

KAMINSKY, en 1868, se basant sur 87 observations cliniques de fièvre typhoïde et de fièvre récurrente pendant la grossesse, prétendait que l'élévation exagérée de la température maternelle pouvait à elle seule provoquer la mort du fœtus. Pour lui, dès que la température de la malade atteint 40°, le fœtus présente une accélération des pulsations cardiaques et des mouvement plus fréquents, et plus l'état fébrile est intense et durable, plus la mort du fœtus est à redouter.

Quelques années plus tard, MAX RUNGE publiait les résultats de ses expériences (1877). Celui-ci, sur les conseils du Professeur LEYDEN, de Strasbourg, avait

soumis des lapines pleines à une série d'épreuves. Il plaçait ces animaux dans des étuves, où l'air était surchauffé entre 50° et 60°, et il les y laissait jusqu'à ce que leur propre température atteignît 41° à 42°. Il aboutit ainsi aux conclusions suivantes :

1° Une température maternelle supérieure à 41° est constamment mortelle pour le fœtus.

2° Le fœtus meurt par le fait de la chaleur avant que la mère ait succombé.

3° L'élévation de la température agit sur le muscle utérin en augmentant son excitabilité.

VINCENT et SAVIDAN, en 1881 et 1882, adoptèrent la la même opinion.

Mais DOLÉRIS et DORÉ, en 1883, reprirent les expériences de RUNGE; ils ne placèrent plus alors les lapines dans de l'air surchauffé à 50°, 60°, mais dans une étuve chauffée entre 32° et 36° et chargée de vapeur d'eau, de façon à empêcher la transpiration des animaux dont la température s'élevait ainsi progressivement à 42°. Afin de mieux copier la clinique, on procédait à un surchauffage lent, progressif et l'on provoquait des rémissions et des exacerbations dans la courbe thermique des animaux. De ces séjours dans l'étuve, aucune des lapines ne souffrit, ni n'avorta, et les petits qu'elles mirent bas furent bien portants.

Que faut-il penser de résultats aussi contradictoires? A la vérité, les expériences de DORÉ semblent plus probantes; bien qu'encore assez éloignées de la réalité, elles s'en rapprochent tout de même davantage

que celles de RUNGE, qui soumettait brusquement ses animaux à une température très élevée.

En fait, rien ne vaut la clinique. Or nous avons retrouvé quelques observations où des températures persistant autour de 40° ou entre 40° et 41° n'ont pas été suivies d'avortement. En voici des exemples :

Observation VII, (page 47). Thèse de Sacquin. — Fièvre typhoïde au cinquième mois de la grossesse. Pendant six jours la température oscille autour de 39°9, 40°4, 40°8, et même monte une fois jusqu'à 41°. Pas d'avortement.

Observation IX. Thèse de Sacquin. — Fièvre typhoïde au huitième mois. Température à 40° pendant six jours. La grossesse n'est interrompue qu'au dixième jour de la convalescence par une crise d'éclampsie.

Observation LVIII. Thèse de Corbin. — Fièvre typhoïde au cinquième mois. Durant cinq jours: température à 40° et au-dessus à 40°6, 40°8. Pas d'avortement.

Observation IV. Thèse de Penot. — Fièvre typhoïde au cinquième mois. Température à 40° pendant cinq jours, avec deux exacerbations à 40°6 et 40°8. Pas d'avortement.

Observation IV. Thèse de Duhaut. — Fièvre typhoïde au cinquième mois. Malade vue seulement au quinzième jour, avec température de 40°5, 41°3. Bains de suite. Pas d'avortement.

Observation VIII. Thèse de Duhaut. — Fièvre typhoïde au sixième mois. A trois reprises la température est montée jusqu'à 41°. Balnéothérapie. Pas d'avortement.

Dans l'*Observation I* que nous rapportons, où il s'agit d'une fièvre typhoïde au cinquième mois, la température s'est maintenue en plateau à 40° pendant six jours, et l'avortement n'a pas eu lieu.

Dans tous ces cas, la température n'a pas atteint les degrés extrêmes (41° et au-dessus) auxquels elle était montée chez les animaux de RUNGE ou de DORÉ; mais précisément, au cours de l'affection qui nous occupe, il est peu fréquent d'observer d'aussi fortes températures, et par le fait celles-ci ne peuvent être la cause de la mort du fœtus.

En somme, et pour conclure, nous ne nions pas que l'hyperthermie maternelle puisse avoir une certaine répercussion sur le fœtus; mais à elle seule elle ne suffit pas pour amener soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré. Du reste, il ne faut pas oublier que la température n'est qu'un symptôme, et qu'on ne doit pas la confondre avec la cause elle-même, c'est-à-dire l'infection; nous allons voir le rôle que celle-ci peut jouer.

F. — Fièvre typhoïde fœtale.

La dothiéntérie du fœtus existe, c'est un fait certain. S'il était encore permis d'en douter avant la découverte du bacille d'Eberth, celui-ci est venu apporter dans le débat des preuves irréfutables.

Ce phénomène, pour étonnant qu'il paraisse au premier abord, n'est cependant pas particulier à l'in-

fection éberthienne; dans bien d'autres maladies infectieuses la contamination fœtale a été constatée. Ainsi possède-t-on des observations (1) où le fœtus, né d'une mère atteinte de variole pendant la grossesse, présentait à sa naissance une éruption généralisée de pustules ombilifères. Le cas de MAURICEAU est classique. On a rapporté également des cas analogues pour la rougeole, la scarlatine et le choléra.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde fœtale, les premières recherches remontent à 1840. A cette époque, CHARCELLAY publie dans les « Archives générales de Médecine » un cas de fièvre typhoïde chez un enfant né au dix-huitième jour de l'affection maternelle; il mourut huit jours après sa naissance; à l'autopsie, il présentait des follicules tuméfiés, ulcérés, et les lésions étaient tellement avancées qu'on pouvait considérer le début de la maladie comme antérieur de plusieurs jours à celui de la naissance.

Quelques mois plus tard, MANZONI signalait à l'Académie de Médecine qu'il avait trouvé des lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde chez un enfant né à sept mois et mort 20 à 30 minutes après la naissance.

WEISS, en 1862, relate un cas à peu près identique.

Toutes ces publications étaient évidemment fort intéressantes, mais il leur manquait la preuve bactériologique. Aux yeux des sceptiques, elles paraissaient d'autant plus invraisemblables que le placenta était

(1) Voir la thèse de Mlle MARGOULIEFF, Paris, 1889, et également en ce qui concerne les diverses contaminations fœtales « *Le nouveau-né normal et pathologique* » de J. RHENTER.

considéré comme une barrière infranchissable. « Le placenta, écrivait BOLLINGER, constitue un appareil de filtration physiologique d'une perfection dont n'approche aucun filtre artificiel ».

Or, en 1882, STRAUSS et CHAMBERLAND prouvaient que la bactériémie charbonneuse pouvait traverser le placenta; et la même année ROUX et CHAMBRELENT faisaient des constatations analogues pour le microbe du choléra des poules.

Avec la découverte du bacille d'Eberth, l'espoir était permis d'apporter des preuves non moins formelles de son passage à travers le placenta. A partir de 1885, les observations sur ce sujet se multiplient.

C'est d'abord REHER qui obtient des cultures de bacilles typhiques en pratiquant des ensemencements avec les fragments du foie et de la rate du fœtus.

NEUHAUSS, en 1886, EBERTH, en 1889, publient chacun une observation de fœtus nés de femmes typhiques et dont ils obtinrent des cultures de bacilles typhiques avec des fragments du poumon, du foie, de la rate et de l'intestin.

En France, CHANTEMESSE et WIDAL trouvent une grande abondance de bacilles d'Eberth dans le sang du placenta provenant d'une femme au quatrième mois de la grossesse et qui avorta au douzième jour de la maladie. Le sang venu du placenta produisit sur la gélatine le développement de nombreuses colonies. Ils inoculèrent ces cultures à des chiennes pleines qu'ils sacrifièrent au bout de 48 heures; ils trouvèrent des bacilles dans le liquide amniotique.

De nouvelles recherches furent encore entreprises

les années suivantes et avec des procédés bactériologiques tels que devait être écartée toute possibilité de confusion entre le bacille d'Eberth et le coli-bacille.

En 1892, le Professeur MINATI publie dans la « Revue générale italienne de Clinique médicale » trois observations de femmes enceintes atteintes de dothiéntérie et qui avortèrent; il constata dans les trois cas la présence certaine du bacille d'Eberth dans le placenta et les organes du fœtus.

FREUND et LÉVY, en 1895, obtiennent des cultures caractéristiques dans des conditions semblables. Toutefois, l'examen histologique montre que les différents organes du fœtus sont intacts; l'intestin en particulier ne présente aucune lésion. Il s'agissait d'un avortement au sixième mois et au quatrième septénaire de l'affection maternelle.

JANIZEWSKI (Munich, 1896) fait les mêmes remarques à propos d'un enfant né à 8 mois, et mort cinq jours après la naissance; tous les organes, presque sains en apparence, contenaient du bacille typhique à l'état de pureté.

ETIENNE, dans le service du Professeur SPILLMANN, à Nancy, se livre aux mêmes recherches sur un fœtus de trois mois et demi, dont la mère était au quatrième septénaire d'une fièvre typhoïde grave: il obtient de nombreuses colonies de bacilles qui ont toutes les réactions caractéristiques du bacille d'Eberth. Les organes étaient encore ici absolument sains. Cette dernière constatation qu'avaient faite également FREUND et LÉVY ainsi que JANIZEWSKI, n'a rien de surprenant, étant donné qu'avant sept mois l'appareil lymphoïde

intestinal n'est pas encore développé chez le fœtus et que, d'autre part, l'infection éberthienne peut se borner à l'état septicémique sans produire secondairement de lésions intestinales.

Signalons enfin parmi les travaux récents les expériences de GORY et Jean DALSACE, en 1926 : au moyen d'inoculations sous-cutanées de bacilles d'Eberth, ils ont provoqué chez le cobaye des lésions typhoïdiques tout à fait typiques. Une femelle pleine avorta et mourut dans les heures suivantes. L'ensemencement immédiat des viscères des fœtus donna une culture aussi rapide et abondante que la culture pratiquée avec le sang de la mère. Nouvelle preuve, et cette fois expérimentale, du passage des bacilles à travers le placenta.

Le séro-diagnostic a été également l'objet de nombreuses recherches chez le fœtus; elles ont donné lieu à des résultats différents, positifs dans certains cas, négatifs dans d'autres.

CHAMBRELENT cite le cas d'un enfant prématuré de un mois, né au premier septénaire de la maladie et chez lequel il trouva la réaction agglutinante.

MOSSÉ et DAUNIC l'ont également trouvée chez un enfant venu à terme, dont la mère avait eu la fièvre typhoïde pendant la grossesse.

MOSSÉ et FRENKEL ont rapporté le cas d'un fœtus de 4 mois, expulsé à la période de convalescence de la mère. Le sang du fœtus était positif à 1 pour 10 et celui de la mère à 1 pour 100. Il s'agissait bien du passage des agglutinines à travers le placenta, car celui-ci ne contenait aucun bacille d'Eberth; toute-

fois, l'ensemencement des organes du fœtus n'a plus été pratiqué.

DEBORD a publié dans sa thèse une observation (Obs. VI), où l'enfant né à terme, alors que la mère était convalescente, présentait la réaction agglutinante.

A ces faits s'opposent les cas où la séro-réaction a été négative, en particulier ceux d'ETIENNE, de CHARRIER et APERT, de PLAUCHU et GALLAVARDIN.

Pour expliquer des résultats aussi contradictoires, on a invoqué diverses raisons. ACHARD est d'avis que l'intensité du pouvoir agglutinant du sang maternel est l'une des raisons de sa transmission au fœtus. MOSSÉ et FRENKEL font jouer un rôle à la durée pendant laquelle agissent sur le placenta les substances agglutinantes du sang maternel. De fait, dans les cas positifs de MOSSÉ et DAUNIC, de MOSSÉ et FRENKEL, de DEBORD, les fœtus ont été expulsés dans le premier cas trois ou quatre mois après le début de l'affection maternelle, et dans les deux autres à la convalescence; alors que dans les cas négatifs de ETIENNE, de CHARRIER et APERT, les substances agglutinantes avaient été en contact avec le placenta seulement huit à douze jours; on peut faire la même remarque pour les deux cas de PLAUCHU et GALLAVARDIN, où il s'agit d'avortements l'un au deuxième, l'autre au troisième septénaire.

Toutes ces explications sont peut-être exactes, mais pour être admises elles demandent des expériences plus concluantes. Du reste, cette recherche du séro-diagnostic n'a pas ici toute l'importance qu'on pour-

rait croire : les agglutinines, provenant parfois du sang maternel, ne peuvent aider à diagnostiquer de façon ferme l'infection du fœtus. Pour mettre celle-ci en évidence une seule épreuve compte en réalité, c'est la recherche du bacille d'Eberth; grâce à elle, on a acquis la certitude de la contamination fœtale. Est-ce à dire que celle-ci doit être considérée comme la grande responsable des expulsions prématurées? Il est encore trop tôt pour le dire; on ne possède sur ce point que bien peu de renseignements. Un fait est certain dans tous les cas, elle n'est pas la cause unique de l'accident abortif; nous n'en voulons pour preuve que les enfants nés prématurément et qui ont vécu, se développant normalement et sans aucun signe pathologique. De même, dans les cas où la grossesse suit son évolution normale, il est très probable que le fœtus a échappé à l'infection. Dans l'observation IV de la thèse de DEBORD, à propos d'un fœtus de trois mois, expulsé au dix-septième jour de la typhoïde maternelle, il est relaté que « la culture du liquide prélevé dans la vésicule et le parenchyme hépatique du fœtus n'a donné aucun résultat ».

Certains ont prétendu, MALVOZ en particulier, que la contamination fœtale nécessitait de graves lésions placentaires. La chose est possible, mais loin d'être prouvée; et toutes les fois qu'on a recherché ces lésions, on ne les a jamais découvertes. Peut-être s'agit-il d'une simple question d'immunité. Il est évident qu'en pareil cas, on assiste parfois à des phénomènes un peu troublants, tels ces cas rapportés par KALTENBACH, FUMÉE et CHANTREUIL, à propos de la variole: il

s'agissait de grossesses gémellaires aboutissant à la naissance de deux enfants dont l'un était infecté et l'autre indemne. Tous ces cas concernent des grossesses bichoriales et « ces faits si paradoxaux en apparence peuvent s'expliquer par la moindre résistance de l'un des deux placentas au passage des agents infectieux (1) ».

Toujours est-il que, dans une proportion encore indéterminée, se produisent des avortements ou des accouchements prématurés, sans que l'on puisse incriminer en aucune manière l'infection éberthienne du fœtus. Quel est alors le processus qui intervient ?

Si l'on se rappelle que ce sont surtout les fièvres typhoïdes d'allure grave ou sérieuse qui provoquent le plus d'avortements, tandis que les formes légères interrompent beaucoup moins souvent la grossesse, ne peut-on pas admettre que l'agent pathogène exercerait indirectement une action, non seulement par les toxines qu'il sécrète, mais encore et surtout en troublant profondément toute l'économie de l'organisme maternel, en entraînant une désassimilation intense dont les produits de déchets seront hautement toxiques pour le fœtus ou provoqueront la contraction de l'utérus en excitant soit son centre nerveux médullaire, soit ses ganglions sympathiques auto-moteurs ? Cette hypothèse peut s'appliquer même aux fièvres typhoïdes légères ; car en matière d'avortement, il convient de tenir compte des susceptibilités individuelles. Le fait est connu que, lorsqu'on veut

(1) J. RHENTER : *Le nouveau-né normal et pathologique*.

provoquer artificiellement le travail, certains utérus réagissent très facilement aux différents agents d'excitation, et d'autres, au contraire, leur offrent une résistance plus ou moins longue. Vis-à-vis des poisons organiques, il est vraisemblable que l'utérus présente les mêmes variations d'irritabilité.

CHAPITRE IV

Influence de la fièvre typhoïde maternelle sur le développement du fœtus et l'avenir de l'enfant

Quelle est la vitalité de l'enfant quand, survivant à l'affection de sa mère, il naît à terme, ou même quand la fièvre typhoïde détermine l'accouchement prématuré ?

Tous les auteurs sont d'accord pour porter un pronostic grave sur l'avenir immédiat de l'enfant. La maladie, disent-ils, provoque déjà l'expulsion prématurée dans près des deux tiers des cas; et lorsqu'elle laisse la grossesse évoluer jusqu'à terme l'enfant naît le plus souvent débile, est la proie de la première infection venue, et ne tarde pas à succomber.

Si l'on cherche la confirmation de cette opinion dans les observations anciennement publiées, on n'y trouve, à vrai dire, que peu de renseignements sur ce sujet.

En effet, sur 31 cas de fièvre typhoïde dans les six premiers mois, et où la grossesse a pu évoluer jusqu'à terme, six observations seulement signalent l'état de l'enfant :

Trois enfants sont nés avec un poids normal, semble-t-il, et bien portants :

Obs. V. Thèse de Sacquin : F.T. moyenne au sixième mois.

Obs. VII. Thèse de Penot : F. T. légère au quatrième mois.

Obs. I. Thèse de Trampont : F. T. légère au troisième mois.

Deux enfants présentaient un poids un peu au-dessous de la moyenne, encore l'un était-il prématuré de quinze jours :

Obs. VIII. Thèse de Duhaut : F. T. grave au sixième mois.

Obs. I. Thèse d'Esclavissat : F. T. légère au troisième mois.

Un enfant est né débile et n'a vécu que quelques jours :

Obs. XVI. Thèse de Corbin : F. T. moyenne (??), au sixième mois.

En ce qui concerne les cas de fièvre typhoïde dans les trois derniers mois, voici les résultats que nous avons pu recueillir :

1° *Fièvre typhoïde dans les trois derniers mois, avec accouchement à terme :*

Un enfant est né débile et est mort au bout de 26 jours.

Un enfant présentait un poids un peu au-dessous de la normale (2.600).

Cinq enfants étaient bien portants.

Dans 11 cas pas de renseignements.

2° Fièvre typhoïde dans les trois derniers mois, avec accouchement prématuré :

Dans six cas, le fœtus est mort in utéro ou pendant le travail.

Onze enfants sont nés vivants, et sont morts au bout de quelques heures ou jours.

Huit enfants vécurent et se développèrent normalement.

Dans 5 cas pas de renseignements.

De tout ceci une seule conclusion se dégage nettement, en ce qui concerne les enfants prématurés; nous reconnaissons que pour plus de la moitié d'entre eux on doit porter un pronostic très sombre. Deux de nos observations (XV et XVI) ne font également que le confirmer. Mais malgré tout un certain nombre de nourrissons vivent et se développent normalement; ils naissent évidemment débiles, avec tous les risques de la prématurité, mais ils ne sont pas fatalement voués à la mort.

Par contre, pour les enfants nés à terme, il est difficile de se faire une opinion d'après les chiffres ci-dessus ! Or, dans les cas que nous publions en tête de cette étude, nous avons été frappés de la vigueur, de l'état de parfaite santé, et du poids normal, ou même au-dessus de la normale, de la plupart des enfants; le tableau ci-dessous le démontre clairement; un seul

nourrisson a présenté un poids très inférieur, mais il était prématuré d'au moins quinze jours (Obs. I).

Numéros des observations	Mois de la grossesse dans lequel la F. T. est survenue	Intensité de la fièvre typhoïde	Poids de l'enfant	
			à la naissance	à sa sortie de l'hôpital au 15 ^e ou 12 ^e jour
Obs. I.	5 ^e mois	moyenne	2.250 gr.	
Obs. II.	5 ^e mois	moyenne	3.100	
Obs. III. ...	5 ^e mois	légère	3.500	
Obs. IV. ...	6 ^e mois	légère	3.350	3.530
Obs. V.	5 ^e mois	moyenne	3.000	
Obs. VI. ...	7 ^e mois	moyenne	3.400	
Obs. VII. ..	7 ^e mois	légère	2.830	2.865
Obs. VIII. .	7 ^e mois	légère	3.180	3.150
Obs. IX. ...	8 ^e mois	légère	3.520	3.480
Obs. X.	8 ^e mois	moyenne	3.730	3.740

Déjà en 1903, CHAMBRELENT avait rapporté à la Société d'Obstétrique de Paris cinq observations d'enfants nés vivants, prématurés ou à terme, et qui ne présentèrent dans la suite aucune tare :

Observation I. — Fièvre typhoïde grave au sixième mois. Accouchement à terme ; l'enfant est revu à l'âge de 6 ans, il est très intelligent et n'a aucune tare.

Observation II. — Enfant né au huitième mois, et au premier septénaire d'une fièvre typhoïde grave. Il est débile, pèse 2.210 grammes : dans les jours suivant la naissance, il présente de l'ictère, du collapsus ; il finit enfin par se remettre. Revu à 7 ans : bel enfant, très intelligent.

Observation III. — Fièvre typhoïde grave au huitième mois. Accouchement à terme. L'enfant est revu à 5 ans : il est en parfaite santé et d'intelligence normale.

Observation IV. — Fièvre typhoïde grave. Accouchement à 7 mois. Enfant revu à 20 mois : bien développé et sans tare.

Observation V. — Fièvre typhoïde grave à 8 mois et demi. Accouchement au premier septénaire. Enfant revu à 12 ans : bien constitué et sans tare physique ni intellectuelle.

A la suite de ce rapport, M. BAR soutint qu'il considérait « la fièvre typhoïde maternelle comme plus grave pour l'enfant quand elle apparaît dans le premier tiers de la grossesse que dans les deux autres ». « Si la grossesse est avancée, c'est-à-dire si l'enfant est déjà bien développé et vigoureux, la maladie maternelle exercera, à égalité de gravité, une nocivité moindre sur le fœtus que si la grossesse est à son début ». Et à l'appui de cette opinion, M. BAR cite le fait suivant : « J'ai donné mes soins, dit-il, à une dame au cours de trois accouchements. Le second enfant a été conçu deux mois après la fin d'une fièvre typhoïde. Or cet enfant est né chétif, tandis que les deux autres sont nés très vigoureux et l'ont toujours été. J'ai, dès lors, pensé que la maladie, dont la mère était à peine remise quand la grossesse a commencé, n'était pas étrangère au médiocre développement du second enfant ».

Les observations que nous rapportons ne peuvent fournir aucun argument pour ou contre l'hypothèse

de M. BAR. Mais parmi les anciennes observations, nous avons cité plus haut deux cas (Obs. I, Thèse de TRAMPONT, et obs. I, Thèse d'ESCLAVISSAT) de fièvre typhoïde au troisième mois: l'un des enfants est né à terme et tout à fait normal, l'autre présentait un poids au-dessous de la moyenne, mais était prématuré de quinze jours. Il est vrai que dans ces deux cas l'affection maternelle a été légère.

On a prétendu, d'autre part, que chez un certain nombre d'enfants on voyait survenir tôt ou tard des signes de dégénérescence mentale, de l'hydrocéphalie ou des troubles nerveux divers. CORBIN cite en particulier dans sa thèse l'observation d'une fillette de douze ans qui présentait un trouble du langage; elle comprenait très bien ce qu'on lui disait, mais ne pouvait y répondre que par des monosyllabes; de plus, elle avait une perte de mémoire notable du moins pour les noms des choses.

Nous ne nions pas la possibilité de pareils troubles. Mais des cas de ce genre paraissent une rareté, et même ceux que l'on a rapportés ne sont pas absolument convaincants. Ils remontent à une époque où l'on n'avait sur l'étiologie des troubles nerveux que des données assez imprécises. Aujourd'hui, on serait certainement plus circonspect en semblable circonstance, et l'on n'incriminerait pas la dothiéntérie maternelle sans mener au préalable une enquête très minutieuse.

En somme, le pronostic, en ce qui concerne l'enfant, a été beaucoup trop assombri. Privé d'une vue d'ensemble sur la question, on s'est emparé de cas iso-

lés pour procéder en hâte à des généralisations, qui couraient par le fait grand risque d'être erronées. C'est dire que, vu leur petit nombre, les observations que nous rapportons nous interdisent également des conclusions trop absolues; elles font cependant nettement pressentir que, *lorsque la fièvre typhoïde est légère ou moyenne et n'entraîne pas l'interruption de la grossesse, l'enfant né à terme n'est atteint d'aucune débilité et présente une courbe de poids normale.*

CHAPITRE V

Influence de la fièvre typhoïde sur la lactation

La sécrétion lactée peut-elle être troublée du fait de la fièvre typhoïde ? Pour TRAMPONT, lorsque la mère a été frappée avant l'accouchement, la sécrétion est en général retardée et insuffisante. Mais si l'affection survient chez une nourrice, alors que la lactation est parfaitement établie, celle-ci peut se prolonger assez longtemps. Du moins c'est ce qui ressort nettement des observations que citent TROULLIEUR et DEBORD. On voit des malades entrer à l'hôpital et qui nourrissent encore leur enfant, alors que l'affection évolue déjà depuis huit à dix jours. Et malgré les purgations qu'on donne aux malades, ou la diarrhée et les accidents fébriles qu'elles présentent, les seins sécrètent toujours. TROULLIEUR rapporte trois observations où « les femmes purent nourrir leur enfant pendant toute la durée de la maladie qui fut longue et grave ».

Pour cet auteur, « apparaît ici, à n'en pas douter, l'action de la succion du mamelon par l'enfant, comme agent d'excitation de la sécrétion mammaire », et l'arrêt de celle-ci lui « paraît dû bien plutôt à la suspension de l'allaitement qu'à l'état fébrile ou aux bains froids ».

On a naturellement mis à profit les nouvelles ressources de la bactériologie pour rechercher dans le lait le passage du bacille d'Eberth et des agglutinines.

Au sujet du bacille, toutes les recherches faites dans le lait des nourrices typhiques ont été négatives. CHANTEMESSE et VIDAL n'ont jamais pu déceler son passage (1887). TROULLIEUR rapporte lui-même quatre observations où a été constatée l'absence du bacille d'Eberth dans le lait. Il semble donc bien que celui-là ne puisse passer à travers une glande mammaire saine.

Mais si cette dernière oppose au passage des microbes une barrière infranchissable, elle ne se comporte pas de même vis-à-vis des substances solubles. Depuis longtemps déjà on sait que le sein excrète les médicaments ingérés par la nourrice.

Dès 1892, on s'occupa du passage des toxines ou des antitoxines dans le lait. Diverses expériences furent faites par BRIEGER, EHRLICH, VAILLARD ; elles donnèrent des résultats différents suivant les animaux employés.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, le passage des substances agglutinantes paraît constant, mais le taux de l'agglutination dans le lait est toujours infé-

rieur à celui du sérum sanguin, et semble soumis aux variations de ce dernier.

Un seul point reste encore obscur : c'est *la transmission de la substance agglutinante par l'allaitement à l'enfant*. Les recherches entreprises sur ce sujet n'ont abouti qu'à des résultats contradictoires.

En 1896, ACHARD et BENSUADE constatèrent les premiers chez une nourrice typhique le passage des substances agglutinantes dans le lait ; mais la propriété du lait — dont le taux d'agglutination était du reste très faible (1 p. 10) — ne s'était pas transmise à l'enfant.

La même année, THIERCELIN et LENOBLE rapportaient le cas d'une femme qui présentait les symptômes classiques d'une fièvre typhoïde ; vue seulement au troisième septénaire de sa maladie, elle avait continué à allaiter son nourrisson jusqu'au dixième jour. Le séro-diagnostic était positif dans le sang maternel et dans le lait ; mais avec le sérum de l'enfant, on n'obtint que des résultats négatifs. Toutefois, depuis huit jours, il n'était plus au sein de sa mère, et l'agglutination du lait était faible : 1 p. 6 seulement.

En 1897, dans le « Bulletin de la Société de Biologie », WIDAL et SICARD relatent la série de leurs expériences : ils constatèrent chez les souris la transmission du pouvoir agglutinant par l'allaitement ; par contre celle-ci n'eut jamais lieu chez le chat et le cobaye. Ils firent également des essais sur leur garçon de laboratoire, en lui faisant ingérer du lait de chèvre

présentant un pouvoir agglutinant élevé, mais les résultats furent négatifs.

A côté de ces cas où la transmission ne se fait pas, il en est d'autres où *le pouvoir agglutinant se retrouve dans le sérum des enfants*.

C'est ainsi que LANDOUZY et GRIFFON purent observer un enfant âgé de trois mois et allaité par sa mère qui présentait une fièvre typhoïde évidente, au deuxième septénaire ; le séro-diagnostic, positif chez la mère, l'était également dans le sang de l'enfant.

CASTAIGNE a publié deux cas : l'un était négatif, mais le lait de la mère n'offrit jamais un pouvoir agglutinant supérieur à 1 p. 20 ; l'autre, positif, concernait une malade, au deuxième septénaire d'une dothiéntérie sévère : le sérum de l'enfant, que l'on sèvre dès son entrée à l'hôpital, agglutine à 1 p. 40 le jour même où le nourrisson quitte le sein, alors que le lait agglutine à 1/400, et le sang de la mère à 1/600. Le lendemain du sevrage, le sang de l'enfant n'agglutine plus qu'à 1/20 ; le surlendemain, à 1/10, et, quatre jours après, la réaction est complètement négative. L'enfant est alors remis au sein maternel ; or, le lendemain, la séro-réaction reparait positive à 1/10, et s'élève le jour suivant à 1/50, alors que le lait agglutine à 1/600.

MM. COURMONT et CADE rapportèrent, en 1899, un cas non moins intéressant : il s'agit d'une mère ayant allaité son enfant pendant les deux premiers septénaires d'une typhoïde d'intensité moyenne ; trois jours après le sevrage on obtenait les résultats sérologiques suivants : le sang de la mère agglutinait le

bacille d'Eberth à 1/200, le lait à 1/30, et le sang de l'enfant à 1/10. Huit jours après le sevrage, le sang du nourrisson avait perdu son pouvoir agglutinant. On avait pris soin de vérifier qu'il ne s'agissait pas d'une dothiéntérie infantile.

En 1906, GRIFFON et ABRAMI publient le cas suivant, tout à fait curieux : une mère est atteinte de fièvre typhoïde sérieuse, son sérum présente une réaction fortement agglutinante pour l'Eberth (1/500 à 1/700) et un peu plus faible pour les paras. La séro-agglutination dans le lait présente les mêmes caractères, bien qu'à un degré moindre ; or, le sérum de l'enfant n'a aucun pouvoir agglutinant pour l'Eberth, mais agglutine très nettement certains bacilles paratyphiques. L'organisme de l'enfant a donc opéré une véritable dissociation, et tout à fait paradoxale.

Pratiquement, *comment peut-on expliquer des résultats aussi différents* : les uns positifs, les autres négatifs ?

En raison de la date éloignée de l'accouchement dans tous les cas ci-dessus, on ne peut songer à une transmission intra-utérine. D'autre part, le fait que le pouvoir agglutinant du sérum de l'enfant disparaît rapidement après le sevrage, et reparait, dans le cas de CASTAIGNE, lorsque le nourrisson reprend le sein, indique bien qu'il s'agit d'une propriété passagère et acquise par l'allaitement. Enfin, la dothiéntérie infantile semble hors de cause, les nourrissons n'ayant jamais présenté aucun symptôme morbide.

A la suite de leurs expériences sur les animaux, WIDAL et SICARD inclinaient à penser à une influence

possible du chimisme gastrique : c'est là une pure hypothèse. D'autres auteurs invoquèrent l'existence de lésions intestinales banales chez le nourrisson, lésions qui permettraient aux agglutinines de passer; mais on ne les a jamais constatées.

L'opinion de MM. COURMONT et CADE est plus vraisemblable. Le pouvoir agglutinant disparaît très rapidement du sérum de l'enfant, aussi ne faut-il pas s'étonner des résultats négatifs, lorsque la recherche n'est pas effectuée à temps (cas de THIERCELIN et LENOBLE). D'autre part, MM. COURMONT et CADE supposent que l'intensité du pouvoir agglutinant du lait maternel joue un rôle : ainsi, dans leur observation, le taux de l'agglutination était de 1/30, dans le cas de CASTAIGNE de 1/600, alors que dans l'observation de ACHARD et BENSAUDE il n'atteignait que 1/10. L'hypothèse de MOSSÉ et FRENKEL, à propos de la transmission placentaire, garde également ici toute sa valeur : il y a certainement lieu de considérer la durée pendant laquelle les agglutinines imprègnent les barrières qui leur sont opposées.

Enfin on ne doit pas perdre de vue que, pour se transmettre au nourrisson, les substances agglutinantes sont obligées de franchir deux barrières : d'abord le filtre de la glande mammaire, puis l'épithélium des voies digestives de l'enfant. A chacune de ces barrières, une partie des substances agglutinantes semble arrêtée ; et ceci explique pourquoi dans les trois humeurs en question — sang de la mère, lait maternel, et sang de l'enfant — le pouvoir agglutinant va en décroissant graduellement.

En somme, et c'est la conclusion de MM. COURMONT et CADE, la transformation subie par les humeurs de l'enfant semble dépendre de deux facteurs : l'intensité des propriétés acquises des humeurs chez la nourrice, et la durée de la transmission par l'allaitement.

Cette discussion terminée, nous allons maintenant répondre à une série de questions d'ordre pratique.

Du fait que le bacille d'Eberth ne passe pas à travers la glande mammaire, peut-on en conclure que l'enfant nourri par une femme typhique ne peut jamais contracter par ce moyen la fièvre typhoïde ?

Il existerait, dans de semblables circonstances, des cas de transmission de la maladie et l'on cite surtout les cas positifs de SHAEDLER, de HÉRARD et GÉRHARD. Dans le premier cas, la mère mourut au vingt-sixième jour de la maladie, après avoir allaité son enfant pendant les deux premiers septénaires. Ce dernier présenta pendant dix jours des phénomènes fébriles et mourut à son tour ; l'autopsie fit voir quatre plaques de PEYER tuméfiées et une rate ramollie.

HÉRARD constata les mêmes phénomènes et les mêmes résultats.

Enfin GÉRHARD cite l'observation d'un enfant dont la mère mourut de la dothiéntérie, et qui lui-même présenta de l'hypertrophie de la rate, des taches rosées, et une courbe thermique analogue à celle de la fièvre typhoïde.

A vrai dire, ces observations ne sont pas absolument probantes ; aucune n'a été soumise au contrôle de la bactériologie ; et même si l'on admet que les

nourrissons aient été infectés, rien ne prouve que le lait de la mère en fut responsable.

En réalité, la contamination de l'enfant par cette voie-là n'est pas encore démontrée. Parmi les 25 observations que TROULLIEUR rapporte dans sa thèse, on ne trouve pas un seul exemple de ce genre, et cependant trois malades, entre autres, ont nourri durant toute leur maladie. Également LESIEUR et son élève DEBORD, parmi les cas qu'ils auront l'occasion d'observer, n'ont jamais constaté de symptômes morbides chez l'enfant. Il semble donc bien qu'on puisse conclure avec TROULLIEUR que la fièvre typhoïde de la nourrice n'est qu'exceptionnellement transmise à l'enfant.

En fait, *quelle conduite faut-il tenir au sujet de l'allaitement ?*

Il importe de considérer les deux cas suivants :

1° *L'accouchement se produit en pleine convalescence :*

Si la fièvre typhoïde a revêtu une forme moyenne, la mère a des chances d'allaiter son enfant avec succès. Mais si la dothiéntérie a présenté une allure sévère, si la mère est encore très affaiblie, l'allaitement doit être déconseillé, d'autant plus que, dans ces cas, l'enfant peut être plus ou moins frappé de débilité congénitale.

2° *L'accouchement a lieu à la période d'état de la maladie, ou celle-ci survient dans les suites de couches :*

Tous les auteurs sont d'accord pour interdire sans

retard l'allaitement, dès le diagnostic établi. L'intérêt de la mère comme celui de l'enfant dictent du reste la même conduite. Il est évident que la cessation de l'allaitement s'impose pour la mère, et TROULLIEUR croit que c'est précisément l'arrêt forcé de ce dernier qui permet à la nourrice « de faire avantageusement les frais de sa maladie ». Quant à l'enfant, non seulement il absorbe une quantité de lait insuffisante, mais encore par son voisinage avec sa nourrice et surtout les attouchements fréquents qu'il en reçoit, il court de grands risques de contamination.

CHAPITRE VI

Influence de l'état puerpéral sur la fièvre typhoïde

Dans les chapitres précédents, nous avons surtout étudié l'influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse et l'avenir de l'enfant ; nous allons essayer de montrer maintenant les répercussions que l'état de gravidité et les suites de couches peuvent avoir sur la maladie. Sur ce sujet, les opinions ont également varié.

Ainsi GRIESINGER, SPIEGELBERG, LIEBERMEISTER prétendent que la grossesse aggrave toujours la fièvre typhoïde, et que la mortalité est bien supérieure à celle que l'on observe dans les cas ordinaires ; d'après eux, elle atteindrait le chiffre énorme de 40 %. Mais ce pourcentage est basé sur un nombre de cas tout à fait insuffisant.

A l'inverse, CAZEAUX estime que la grossesse n'exerce qu'une heureuse influence sur l'évolution de la maladie.

L'opinion de VINAY paraît plus vraisemblable : en réunissant 183 cas, il a trouvé 32 morts, ce qui fait une moyenne de 17 %. Et depuis une trentaine d'années, la plupart des auteurs admettent avec lui que « l'état de grossesse ne constitue nullement une cause d'aggravation ».

De fait, sur un ensemble de 133 cas, traités par les moyens les plus divers, y compris la balnéothérapie, où la grossesse a suivi un cours normal, ou bien a été interrompue en pleine période d'état ou à la convalescence, nous n'avons relevé que 10 décès, c'est-à-dire pas même 10 %, proportion encore bien plus faible que celle de VINAY.

Il n'est que de lire, du reste, les observations pour se convaincre que la typhoïde peut revêtir toutes les gammes d'intensité, et se présenter sous toutes les formes aussi bien graves que moyennes ou légères, ces deux dernières étant encore les plus nombreuses, comme nous l'indiquons au chapitre II.

De tout ceci, faut-il conclure que l'état de gravidité n'influence en rien le tableau clinique de la dothiéntérie, et que celle-ci conserve les mêmes allures que dans les circonstances habituelles ? Il semblerait logique d'admettre, et on l'a soutenu du reste, que certains organes doivent être plus volontiers intéressés. Il en est un, en particulier, le cœur, dont la défaillance devrait être couramment observée : la grossesse ne lui impose-t-elle pas déjà un surcroît de travail, et l'on sait que l'infection éberthienne est loin d'être toujours inoffensive pour le myocarde. A ne considérer que nos observations, on serait tenté de

confirmer cette opinion : l'une de nos malades (obs. XVI) a présenté dans ses derniers jours un pouls très accéléré à 140, et chez deux autres (obs. XIII et XV) on a constaté des signes manifestes de myocardite. Mais si l'on envisage l'ensemble des 133 cas (1), cette complication n'est pas plus fréquente que d'habitude, puisque nous ne l'avons relevée que sept fois. Et le fait que le cœur n'est pas plus aisément vulnérable explique, dans une certaine mesure, que la mortalité n'atteigne pas un taux plus élevé. Il importe cependant de faire des réserves sur les proportions ci-dessus, manifestement un peu faibles mêmes pour des typhiques ordinaires, et qui ne se rapportent du reste qu'à des cas de myocardite sévère. Signalons enfin que la dissociation du pouls et de la température, si habituelle au cours de la typhoïde, fait le plus souvent défaut ici : dans la plupart des observations où le pouls est noté, il oscille presque toujours autour de 116, 124, et cela pour une température de 39°, 39°5 ; si celle-ci s'élève, le pouls a également tendance à monter à 130, et même parfois au-dessus. La chose est du reste assez compréhensible, la femme enceinte présentant facilement de l'éréthisme cardiaque.

Pour les autres organes, nous ferons les mêmes remarques que pour le cœur ; en particulier, contrairement à ce qu'on a prétendu, ni le rein, ni le foie, ne sont plus souvent touchés que d'habitude. Dans sept

(1) Ne sont pas comprises dans ces cas les observations suivantes : LXII, Thèse de CORBIN, I et II, Thèse de M^{me} KANTER, VIII, Thèse de TRAMPONT. Elles ont été classées dans les observations de suites de couches.

cas seulement, on note une forte albuminurie et deux malades ont eu des crises d'éclampsie : l'une en pleine période d'état (obs. II, thèse de DUHAUT), et l'autre à la convalescence (obs. IX, thèse de SACQUIN). L'ictère n'est survenu que deux fois, et enfin une de nos malades (obs. I) aurait présenté à la convalescence de petites poussées de cholécystite.

En somme, *les complications ne sont pas d'observation plus fréquente que dans les cas ordinaires*, et l'on peut dire, sans exagérer, que *la dothiéntérie se manifeste chez la femme enceinte sous ses différents types cliniques habituels, sans que l'un d'eux prédomine plus spécialement*.

La rechute appelle cependant quelques réserves. Si l'on admet que normalement elle survient dans 4 à 7 % des cas (1), il semble bien qu'elle soit ici un peu plus fréquente, puisque nous l'avons rencontrée 14 fois; 4 fois elle a été plus grave que le premier cycle fébrile, et cela alors que l'expulsion du fœtus n'avait pas eu lieu. Celle-ci, du reste, ne paraît pas favoriser davantage la rechute, qui n'est survenue que 6 fois après 69 avortements ou accouchements prématurés, et qui n'a été plus grave que la première période de l'affection que dans un cas seulement.

Est-ce à dire que l'expulsion du fœtus n'a jamais aucune répercussion sur l'évolution de la fièvre typhoïde ? Ce serait aller trop loin, et nous tenons à signaler sur ce point *quelques particularités* qui nous ont paru intéressantes.

(1) Pour TRIPIER et BOUVERET la rechute surviendrait dans 4 % des cas, et pour DEVIC, dans 6,8 %.

L'avortement ou l'accouchement prématuré peuvent avoir d'abord une certaine influence sur la courbe thermique de la maladie. Ils provoqueraient parfois pendant quelques heures un abaissement très notable de la température : de 39° à 37° et même à 36° ; abaissement tout à fait passager, car très rapidement, dans les 24 heures, la courbe remonte à son niveau antérieur. Cette éventualité, nous nous empressons de le dire, ne se réalise que rarement : sept observations seulement la relatent :

Observations II, IV, V et IX, thèse d'ESCLAIVISSAT;

Observation I, thèse de DEBORD ;

Observation de ETIENNE, dans la « Gazette hebdomadaire », 1896 ;

Observation I, de MM. PLAUCHU et GALLAVARDIN, dans le « Lyon Médical », 1898.

Dans deux cas seulement, l'expulsion du fœtus s'est accompagnée d'une forte hémorragie (obs. II et IX, thèse d'ESCLAIVISSAT) ; dans deux autres cas (obs. IV et V, thèse d'ESCLAIVISSAT), on ne précise pas l'abondance de la perte sanguine qui fut sans doute légère ; dans les trois autres observations, on ne note aucune métrorragie, et il semble bien que celle-ci ne soit pas nécessaire à la production du phénomène.

D'autre part, certains auteurs ont prétendu que l'hémorragie accompagnant l'avortement peut déterminer une défervescence précoce et définitive en constituant un véritable phénomène critique. NEUHAUSS, en 1886, a rapporté un cas où, après un avortement de quatre mois et demi, la fièvre qui durait

depuis six semaines tomba immédiatement. Nous pourrions rapprocher de cette observation celle d'ESCLAVISSAT, dont nous donnons ci-dessous le résumé ; si l'avortement n'a pas amené aussitôt la défervescence, il a tout au moins été suivi d'une grande amélioration de tous les symptômes :

Observation IX. Thèse d'Esclavissat. — Eulalie M..., 25 ans, entre le 15 novembre 1910 à l'hôpital. Dans les derniers jours du mois d'octobre, alors qu'elle est enceinte de deux mois, elle ressent une grande courbature, une céphalée très intense et très opiniâtre, de l'inappétence absolue, en même temps qu'elle a une fièvre assez élevée.

Le 15 novembre, on constate tous les signes d'une fièvre typhoïde grave : fièvre élevée, voisine de 40°, tachycardie atteignant 140, épistaxis répétées, langue rôtie, fuliginosité des lèvres, ballonnement du ventre, selles abondantes et involontaires, grosse rate, urines fortement albumineuses, bronchite généralisée. Le séro-diagnostic de Widal est positif à 1 p. 60.

Cinq jours après son admission dans le service, le 20 novembre, à 6 heures du matin, la malade a une hémorragie utérine très abondante, suivie de l'expulsion d'un embryon de deux mois et demi environ. On peut évaluer à un litre et demi l'importance de l'hémorragie. Le pouls au cours de l'accouchement est extrêmement petit, rapide et incomptable. On fait une délivrance artificielle et une injection sous-cutanée de sérum artificiel, étant donné la profonde anémie de la malade.

La température tombe à 37° dans les 24 heures qui suivent l'avortement, et ne remonte guère ensuite au-dessus de 39° ; la tachycardie diminue, l'état général s'améliore progressivement. La malade entre en conva-

lescence le 5 décembre, mais quelques jours après, la température s'élève à nouveau, et l'on assiste à une véritable rechute qui dure 25 jours environ. Convalescence définitive vers le 10 janvier.

C'est le seul cas que nous puissions citer où l'avortement a eu une influence aussi nettement favorable. Par contre, nous avons rencontré quelques observations où la dothiéntérie paraît s'être aggravée à la suite de l'expulsion du fœtus, en particulier observations III et VII de la thèse de SACQUIN ; mais comme il s'agit d'avortements au deuxième septénaire, ces cas ne sont pas absolument probants : peut-être que, même sans l'incident obstétrical, l'affection n'en aurait pas moins pris une allure grave. Cependant, dans une observation de la thèse de TRAMPONT, il semble bien qu'on puisse trouver un exemple d'aggravation de la typhoïde.

Observation X. Thèse de Trampont. — Fièvre typhoïde bénigne jusqu'à la troisième semaine, avec température entre 38° et 39°5. Avortement à 2 mois et demi, complet et très facile ; pas d'hémorragies. Ecoulement fétide, traitée avec succès par les injections phéniquées intra-utérines d'abord, puis vaginales.

A partir du quatrième jour, fièvre typhoïde très grave ataxo-adyynamique. Huit jours après, signes de péritonite localisée. Pendant quinze jours, pouls à 180 et 200 ; on prescrit un traitement tonocardiaque énergique : caféine, strychnine, huile camphrée. Guérison très lente au bout de trois mois. Traitement : boissons abondantes ; alimentation par le rectum, pendant la péritonite ; glace, lavements de sérum.

Des cas de ce genre sont l'infime minorité, et d'une façon générale on peut dire que *ni l'avortement, ni l'accouchement n'exercent la moindre influence sur l'évolution de la maladie.*

Il importe, toutefois, *de faire une exception pour les cas où la fièvre typhoïde provoque l'avortement dès le premier septénaire, ou bien se déclare dans les jours qui suivent immédiatement l'accouchement* ; dans les deux circonstances, la situation est sensiblement analogue : la fièvre typhoïde évolue dans les suites de couches. Sur 26 cas (1) répondant à ces conditions, 7 ont eu une issue mortelle ; dans un cas, l'observation LXII de la thèse de CORBIN, le décès n'est survenu que tardivement au bout de quatre mois par suite de tuberculose pulmonaire. Si nous le retranchons, il n'en reste pas moins 6 décès sur 25 cas. Sans vouloir donner à ces chiffres une valeur trop absolue, vu le petit nombre d'observations dont nous pouvons faire état, nous estimons qu'il y a là une indication dont il faut tenir compte.

Remarquons en passant que la défaillance cardiaque semble ici plus fréquente que pour les cas envisagés plus haut : nous avons rencontré trois fois des signes certains de myocardite (thèse de TRAMPONT : obs. III et VIII, et observation XIX que nous publions) ; celle-ci, dans deux cas, a contribué au décès

(1) Sont classées dans ces 26 cas les observations suivantes : Obs. VII, Article de MARTINET ; Obs. LXII, Thèse de CORBIN ; Obs. I, II, III, IV, VI, VII et VIII, Thèse de GLEIZE ; Obs. I et II, Thèse de Mme KANTER* ; Obs. III, IV, VIII, IX, XI XII et XIII, Thèse de TRAMPONT ; Obs. XIII, Thèse de DEBORD ; les observations de MM. FABRE et EPARVIER, VORON et EPARVIER, COMMANDEUR et RHENTER (obs. I et II), et les trois observations que nous publions.

de la mère. Pour le poulx, nous ferons les mêmes remarques que précédemment : il est presque toujours accéléré, en rapport avec la température.

Autrefois déjà, BRAND, VINAY avaient souligné le taux plus élevé de la mortalité, lorsque la dothiènement survient dans les suites de couches. BRAND expliquait cette plus grande gravité par ce fait que la méthode des bains n'est appliquée que trop tardivement, étant donné les difficultés extrêmes que l'on éprouve bien souvent à faire un diagnostic précoce. Cette explication ne semble pas très justifiée, car le même traitement sans bains a été appliqué à la grande majorité des cas que nous avons recueillis, qu'il s'agisse de fièvres typhoïdes au cours de la grossesse ou dans les suites de couches ; or, la mortalité est bien plus grande dans une catégorie que dans l'autre.

D'après VINAY, « les douleurs qui accompagnent la parturition, le traumatisme qui en est inséparable, de même que l'hémorragie de la délivrance, sont des causes qui diminuent la résistance des sujets et modifient le terrain sur lequel va se produire la pyrexie ». Hypothèse plus vraisemblable. On peut en particulier l'invoquer pour l'observation XIX que nous rapportons : la malade a eu, en effet, un travail excessivement prolongé, de plus de 72 heures ; l'accouchement a été suivi d'une hémorragie abondante et d'un état de shock intense. Il est dans tous les cas possible que les malades soient en état de moindre résistance à la période des suites de couches, et que de ce fait elles réalisent plus difficilement leur immunité qu'en temps normal, du moins quand l'invasion de

l'infection éberthienne a lieu au moment de l'accouchement ou dans les jours qui le suivent immédiatement.

VINAY ajoute, d'autre part, qu'il faut tenir compte de la complication possible d'une infection puerpérale. Mais avec l'asepsie dont on entoure toute parturiente et toute accouchée, l'infection puerpérale est devenue très rare. On croyait jadis que la tèvre typhoïde pouvait lui donner naissance. C'était l'opinion de GÜSSELOW. Aujourd'hui, avec les données bactériologiques que nous possédons, la réfutation d'une semblable hypothèse n'est plus à faire. Remarquons enfin que si l'association des deux infections comporte encore un pronostic plus réservé, il y a lieu de noter que l'infection puerpérale est, malgré tout, moins sévère qu'autrefois ; elle se borne plutôt à des complications locales qui ne peuvent avoir que peu d'influence sur l'évolution de la dothiéntérie.

En ce qui concerne la *fièvre typhoïde chez les nourrices*, le chiffre de la mortalité, d'après TROULLIEUR, ne dépasserait pas la moyenne habituelle, mais la maladie présenterait une tendance marquée à la rechute (16 % des cas) et revêtirait une allure souvent sérieuse, soit par sa durée prolongée, soit par la gravité des symptômes.

CHAPITRE VII

Diagnostic

I. — Diagnostic de la fièvre typhoïde pendant la grossesse

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici le diagnostic complet de la fièvre typhoïde. Il présente au cours de la grossesse les mêmes difficultés que dans les circonstances ordinaires. Cependant, du fait de l'état de gravidité, n'y a-t-il pas certaines affections auxquelles on doit penser plus spécialement ?

Jadis quelques auteurs ont décrit une fièvre propre aux femmes enceintes. Pendant la grossesse, « la femme, dit BONNAIRE, peut être alors atteinte d'une fièvre spéciale sans caractères cliniques bien tranchés, décrite d'abord par BURNS, puis étudiée par TARNIER et BUDIN sous le nom de fièvre propre aux femmes enceintes ». Les signes sont, d'après lui, ceux d'une fièvre typhoïde légère avec température, cépha-

lée, abattement, insomnie et amaigrissement. « L'erreur a été commise, dit BONNAIRE ; elle ne peut être évitée que par l'observation prolongée, l'étude de la courbe thermique et la constatation de l'absence de taches rosées lenticulaires. »

Il peut être évidemment commode d'invoquer une semblable affection dans les cas embarrassants. Malheureusement, comme elle ne repose sur rien de précis, il est permis de douter de sa réalité. Son existence a été vivement combattue, et le Professeur PINARD, dans un article paru en 1903 dans le « Bulletin Médical », l'a niée formellement : il a vu, dit-il, un grand nombre de femmes atteintes de fièvre pendant leur grossesse, et toujours on est arrivé à en déceler la cause. Il cite lui-même un cas resté longtemps douteux, et dont on finit par connaître l'origine des accidents : « Une laparotomie découvrit et permit d'extirper un ovaire rempli de pus : voilà quelle était sa fièvre de grossesse ! » Et il ajoute : « Il n'y a pas plus de fièvre essentielle pendant la grossesse que de péritonite spontanée. » Il y a toujours une cause qu'il faut « rechercher avec patience et ténacité ».

Chez la femme enceinte, on devra donc procéder comme chez les malades habituels. Devant tout état fébrile dont l'étiologie reste mystérieuse, s'imposent une enquête minutieuse sur les antécédents, et un examen complet de la malade ; on doit songer aux différentes infections générales et passer la revue des divers appareils, dont les lésions, évoluant à bas bruit, peuvent se traduire uniquement par un état in-

fectieux: telles par exemple une appendicite, une tumeur de l'ovaire, une salpingite, une cholécystite.

Il est, en particulier, une affection fréquente au cours de la grossesse et à laquelle il faut toujours penser : c'est la pyélonéphrite. Très souvent elle présente un tableau clinique assez distinct de celui de la dothiéntérie, avec, surtout, une température à grandes oscillations et qui aura pu monter brusquement à 40°, des douleurs lombaires ; l'examen des urines vient signer le diagnostic. Mais, parfois, celui-ci est plus délicat par suite de la prédominance des phénomènes généraux : céphalées, courbatures, abattement, et surtout troubles digestifs, constipation, langue sèche et rôtie. Comme dans les premiers jours la pyurie est très légère, si l'on ne s'aide pas du microscope pour la déceler ainsi que la colibacillurie, on est tout naturellement porté à faire le diagnostic de fièvre typhoïde.

Pour établir ce dernier de façon ferme, à moins qu'on ne se trouve en présence d'une symptomatologie typique, il sera toujours préférable de faire appel aux épreuves de laboratoire, en particulier à l'hémoculture et au séro-diagnostic. Inutile de souligner les services immenses que l'une et l'autre rendent dans la pratique journalière. Mais dans certains cas le séro-diagnostic n'est positif que très tardivement, et c'est alors que la clinique reprend tous ses droits ; elle ne les perd jamais du reste, et l'on sait que le laboratoire ne dispense pas d'un examen complet du malade, qui aura éliminé au préalable les principales causes de pyrexie.

II. — Diagnostic de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches

Lorsque la fièvre typhoïde survient pendant les suites de couches, on devine qu'elle est le plus souvent méconnue tout d'abord. Devant la moindre ascension thermique chez une accouchée, n'est-il pas naturel, en effet, que l'infection puerpérale soit la première pensée qui vienne à l'esprit? La confusion sera d'autant plus facile qu'on observe plutôt, aujourd'hui, des septicémies puerpérales atténuées, bien différentes des formes graves de jadis. Et cependant, il importe de distinguer le plus précocement possible les deux affections, tant leur thérapeutique est dissemblable. Voyons donc quels sont les symptômes qui peuvent permettre d'orienter le diagnostic dans l'une ou l'autre voie.

La température, dans la fièvre puerpérale, s'élève souvent brusquement, succédant à un frisson violent, et en tout cas elle présente, dans la suite, des oscillations plus ou moins grandes sans régularité. Au contraire, la courbe thermique de la dothiéntérie, après trois ou quatre jours d'ascension progressive, se maintient en plateau à 39°5, 40°, sans rémission. Si malgré tout ce n'est pas un signe clinique d'un grand secours pour une différenciation précoce, il aide souvent, au bout de quelques jours, à réformer un diagnostic erroné.

Le pouls devrait être également très utile. En théorie, dans la fièvre typhoïde, il n'est pas aussi rapide

que le comporte l'élévation de la température, alors qu'il est au moins proportionnel à l'ascension thermique dans la fièvre puerpérale. Mais, nous l'avons vu, lorsque la dothiéntérie survient au cours de la grossesse ou dans les suites de couches, presque toujours fait défaut la dissociation du pouls et de la température.

Les symptômes abdominaux n'ont pas non plus toujours grande valeur, tout au moins au début. S'il existe de la diarrhée et une grosse rate, on sera évidemment porté à penser à la typhoïde. Mais combien de fois, au cours de celle-ci, ne constate-t-on que de la constipation et une splénomégalie douteuse ?

Quant à la prostration, à la stupeur, on peut les observer dans l'une et l'autre affections, bien qu'elles soient d'ordinaire plus marquées dans la fièvre typhoïde.

Enfin, devant tout état fébrile chez une accouchée, on n'oubliera pas de procéder à un examen minutieux de l'appareil génital. On se rendra compte de l'état des lochies, de l'involution utérine; on recherchera, s'il y a lieu, la tuméfaction et la douleur au niveau des culs-de-sac et des ligaments larges. On ne négligera pas la vulve et le vagin qui peuvent être également lésés et le siège d'infection. L'absence de tous signes du côté génital doit inciter à rechercher les autres causes de pyrexie.

En somme, quand la fièvre typhoïde évolue avec sa symptomatologie au complet (en particulier : taches rosées, angine de BOUVERET-DUGUET, splénomégalie, matité de la base droite, diarrhée, température en

plateau), il n'est rien de plus aisé de la distinguer de l'infection puerpérale. Mais les cas atypiques de la dothiéntérie sont loin d'être rares, et, d'autre part, il faut compter avec la possibilité d'une association de l'une et de l'autre maladies. Aussi, à la lecture des observations, on ne s'étonne pas de voir souvent dérouter le clinicien même le mieux averti.

Parmi les observations publiées, nous devons citer celles de MM. FABRE et EPARVIER, de MM. VORON et EPARVIER, dans le « Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie » de 1912. Dans un cas, on avait été obligé de faire un curage, dans l'autre un forceps pour une présentation de la face. Chez les deux malades, la température montait à 38°5 le soir même de l'accouchement, et persistait les jours suivants ; en raison des interventions pratiquées, l'idée d'une infection puerpérale s'imposait au premier abord ; de même dans l'observation XIX, que nous rapportons, où la poche des eaux s'était rompue cinq jours avant l'accouchement. Dans tous ces cas, c'est la persistance du plateau thermique, la prostration accentuée, jointes ou non à des signes de bronchite ou à de la diarrhée, qui firent songer à l'infection éberthienne.

Dans une autre de nos observations (obs. XVIII), on peut voir que la période d'invasion de la dothiéntérie a revêtu une allure assez brutale : le cinquième jour après l'accouchement, la température montait à 38°4, le lendemain elle redescendait à 37°, mais pour faire un bond le soir même à 40°6, et elle se maintenait ensuite autour de 40°. Un début marqué par une as-

cension aussi rapide de la température est une éventualité rare dans la fièvre typhoïde, les classiques la signalent, et en particulier chez l'enfant. Il semble bien que ce ne soit pas une rarissime exception, lorsque l'infection éberthienne se déclare à la période des suites de couches, puisque déjà, en 1908, dans le « Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie », MM. COMMANDEUR et RHENTER avaient fait remarquer un pareil mode d'invasion à propos de deux observations, tout à fait typiques, à cet égard : la température était montée brusquement à 39° dans un cas, à 40°2 dans l'autre. Encore une difficulté de plus qui s'ajoute aux autres. On conçoit quels précieux services l'hémoculture et le séro-diagnostic peuvent rendre dans toutes ces circonstances.

CHAPITRE VIII

Traitement

En présence d'une femme enceinte atteinte de fièvre typhoïde, à quel traitement doit-on recourir ? Question d'importance si l'on songe que, dans une certaine mesure, la vie de la mère et celle du fœtus en dépendent. L'état de gravidité impose-t-il une prudence toute spéciale dans la conduite de la thérapeutique, et oblige-t-il surtout à s'abstenir de la méthode de BRAND ? Il n'en est rien : déjà depuis longtemps ont été démontrés les heureux effets des bains froids sur la mortalité maternelle, et les cas que nous avons réunis laissent entrevoir qu'ils n'ont peut-être pas une moins grande influence sur l'évolution de la grossesse.

Toutefois, avant d'aborder ce sujet, nous tenons à dire quelques mots sur les *autres méthodes de traitement*.

Notons en passant que certaines règles thérapeutiques conservent ici toute leur valeur. En particulier,

les soins d'hygiène : désinfection buccale et pharyngée, toilette minutieuse du siège, sont plus nécessaires que jamais. L'alimentation sera, comme toujours, essentiellement liquide. On serait tenté peut-être de la donner plus substantielle; l'avenir du fœtus est en jeu, dira-t-on, et s'il naît débile, une diététique trop peu nutritive n'en est-elle pas la cause ? Mais, sous ce rapport, le typhique, quel qu'il soit, ne souffre pas qu'on le violente ; et chez la femme enceinte, dont le tube digestif est facilement intolérant et réclame déjà en temps normal des ménagements, il faut se garder bien plus encore d'adoucir tant soit peu les rigueurs du régime habituel.

Sur les médicaments, les antithermiques en particulier, antipyrine, quinine, nous n'insisterons pas : ils ont perdu aujourd'hui de leur prestige. On en faisait jadis un large usage, à des doses souvent brutales (2 gr., 3 gr.), peu indiquées chez de grands fébricitants, et encore bien moins durant la période de gravidité : l'antipyrine étant nocive pour le rein déjà plus fragile du fait de la grossesse, et la quinine en raison de son rôle ecbolique. L'abus qu'on a fait de cette dernière explique peut-être en partie le pourcentage si élevé des avortements ; elle n'a fait que donner le dernier coup de pousse à un mécanisme qui était tout prêt à se déclencher. Pour des raisons identiques, on proscriera l'ergotine. Nous devons dire, du reste, que dans le service des typhiques, dirigé par M. CHALIER, on ne l'emploie pas, même dans les hémorragies intestinales, où l'on préfère donner des

coagulants : sérum de cheval, sérum gélatiné, plutôt que des vaso-constricteurs.

Ces dernières années, il a été fait l'essai d'une thérapeutique spécifique de la fièvre typhoïde ; et dans six observations que nous rapportons (obs. I, V, VI, IX, XI et XIX), on signale que les malades ont reçu des injections de sérum antityphique RODET. En réalité, cette médication n'a pas donné les résultats que l'on faisait espérer. Il est exceptionnel de voir le sérum modifier la courbe thermique ou les symptômes de la maladie. D'autre part, il présente tous les inconvénients de la sérothérapie ; or, du fait que l'injection est pratiquée la plupart du temps au cours de la deuxième semaine de la fièvre typhoïde, les accidents sériques apparaissent dans le troisième ou le quatrième septénaire, c'est-à-dire au moment où, dans les formes moyennes et graves, la maladie atteint son apogée, où l'état général est sérieusement touché, et où se voient le plus fréquemment les complications. M. CHALIER, après un essai loyal du sérum RODET, sur plus de 300 cas, est arrivé à la conviction de son inefficacité (1), et l'a totalement abandonné.

Nul ne s'étonnera que, dans une telle circonstance, les accoucheurs aient essayé de jouer un rôle ; ils en furent d'autant plus tentés que l'avortement avait paru parfois provoquer la défervescence de la fièvre.

(1) Cette opinion est également partagée par la plupart de ceux qui ont employé le sérum Rodet durant la dernière épidémie de Lyon en 1928. Voir en particulier la communication de M. BERTOYE à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon : « Le sérum Rodet dans le traitement de la fièvre typhoïde des enfants. Résultats obtenus pendant l'épidémie 1928-1929 », *Lyon médical* du 9 juin 1929.

De là à préconiser une intervention obstétricale, il n'y a qu'un pas que certains franchirent aisément. Mais, nous l'avons vu, l'amélioration de la fièvre typhoïde à la suite de l'expulsion du fœtus ne se réalise que très exceptionnellement; le plus souvent, l'affection n'en poursuit pas moins son évolution. Aussi la plupart des accoucheurs n'admettent l'interruption de la grossesse que dans les conditions suivantes :

1° Grossesse avancée ;

2° Enfant vivant et viable ;

3° Agonie de la mère par suite d'une complication très grave de la fièvre typhoïde (perforation intestinale, asystolie).

En réalité, le *traitement de choix de la dothiènementie reste l'hydrothérapie, chez la femme enceinte tout comme dans les autres cas*. Les lavements froids, les applications de drap mouillé, de glace sur le ventre, sont des palliatifs, qui suffisent à la rigueur dans les cas légers, mais qui, dans les formes sérieuses, ne peuvent prétendre se substituer aux bains froids. On sait que BRAND donnait ceux-ci toutes les trois heures, d'un quart d'heure de durée, dans de l'eau à 20° centigrades, chaque fois que la température du malade atteignait 39°. Aujourd'hui, on a tendance à appliquer la méthode sous une forme un peu moins barbare ; c'est ainsi que, dans le service des typhiques, à l'hôpital de la Croix-Rousse, M. CHALIER fait donner les premiers bains à 32°, 30°, puis à 28° s'ils sont bien supportés ; il est très rare qu'on descende au-dessous de cette température. Cette nouvelle manière de procéder est mieux supportée des ma-

lades et paraît tout aussi efficace que celle que BRAND préconisait.

Les résultats immédiats de cette balnéation sont bien connus. C'est une notion courante que le bain froid combat efficacement l'hyperthermie ; et l'on a ainsi le moyen d'éviter au fœtus l'action de températures extrêmes qui pourraient lui être nuisibles. Même si l'on n'obtient que des rémissions passagères, on ne doit pas les dédaigner ; elles permettront de rompre la continuité d'action de l'hyperthermie.

D'autre part, le bain froid provoque une rétrocession rapide des troubles nerveux ; c'est un sédatif puissant. Sous son influence, le malade, sans sommeil depuis plusieurs jours, retrouve le repos ; l'agitation, le délire, les phénomènes ataxiques diminuent et peuvent même disparaître.

Enfin le bain froid détermine une diurèse abondante ; cette propriété est certainement un des principaux facteurs de son action curative. Il favorise ainsi l'élimination des produits de déchets de toutes sortes, des bacilles et de leurs toxines. Plus on arrivera à en débarrasser l'organisme maternel, plus on préservera le fœtus des risques d'infection ou d'intoxication.

En fait, dans le cas qui nous occupe, *la balnéation froide a-t-elle répondu à tous les espoirs qu'on pouvait légitimement fonder sur elle ?*

La mortalité maternelle, aucun doute n'est possible, a été nettement abaissée de 17 à 6%, d'après une statistique de VINAY. Mais en ce qui concerne la continuation de la grossesse, les avis sont partagés.

BRAND, dans sa statistique du traitement de la dothiéntérie par les bains froids, trouve sur 22 femmes enceintes, 19 guérisons et 17 avortements. Statistique peu favorable, mais BRAND prend soin de signaler que les malades ont été baignées à une époque déjà avancée de la typhoïde.

Plus tard, dans la « Gazette des Hôpitaux » de 1887, VINCENT a publié trois observations de femmes en état de grossesse, atteintes de fièvre typhoïde, et traitées par les bains ; dans les trois cas, la maladie, qui présentait une intensité moyenne ou sévère, a guéri, et la grossesse a poursuivi son évolution normale jusqu'à terme.

TRAPIER et BOUVERET, dans leur étude sur « la fièvre typhoïde traitée par les bains froids », rapportent que sur 26 cas survenus chez des femmes enceintes, il y aurait eu 3 morts et 17 avortements (65 %). Ils relatent 2 cas traités ainsi : l'un était une fièvre typhoïde de moyenne intensité au troisième ou quatrième mois de la grossesse, le second n'était qu'une typhoïde légère ; les deux malades sortirent guéries de l'hôpital et portant des enfants vivants. Pour TRIPIER et BOUVERET, « la médication réfrigérente, appliquée dès le début, peut vraisemblablement prévenir la mort du fœtus et son expulsion prématurée, comme elle prévient les autres complications de la fièvre typhoïde. En maintenant l'organisme maternel, pendant toute la durée de la période fébrile, dans un état d'apyrexie relative, l'eau froide peut transformer une fièvre grave hyperthermique, dans laquelle l'avortement est à peu près inévitable, en une fièvre moins sévère, à

température fébrile modérée, dans laquelle l'avortement est beaucoup plus rarement observé. »

Nous avons essayé de reprendre la question, en réunissant les douze observations de la thèse de DUHAUT, et celles publiées ultérieurement dans diverse thèses ; nous résumons dans le tableau ci-après les principaux renseignements qu'elles fournissent sur ce sujet.

Si pour mieux juger les résultats on les compare avec ceux que nous citons dans les chapitres II et VI, et qui se rapportent en grande majorité à des cas traités sans bains, on ne peut s'empêcher d'accorder à la balnéothérapie une certaine efficacité, puisque sur 26 cas on ne compte qu'un seul décès maternel et 11 avortements. En particulier, sur 5 cas graves, 2 grossesses purent évoluer jusqu'à terme ; vu l'intérêt que ces derniers cas présentent, nous nous permettons d'en donner ici les observations résumées :

Observation IV. Thèse de Duhaut. — C... Catherine, 30 ans. Entrée le 30 novembre 1888 à l'hôpital, au quinzième jour d'une dothiéntérie très grave. Est enceinte de quatre mois. Très grande misère physiologique ; depuis trois mois elle tousse fréquemment et a des vomissements après les repas. Depuis deux semaines environ céphalées, insomnie, anorexie, état fébrile, diarrhée abondante.

À l'entrée : très grande prostration, diminution de l'ouïe, langue rouge sur les bords et à la pointe. Diarrhée, ballonnement abdominal. Les bruits du cœur sont normaux, mais leur intensité est un peu diminuée. Pouls

Observations		Epoque de la grossesse à laquelle est survenue la F. T.	Date de l'application des bains	Intensité de la F. T.	Grosesse		lécés maternel
					continué	inter-rompue	
Duhaut.	Obs. I . .	à 7 mois	11 ^e jour	moyenne		+	
—	— II .	à 4 mois ½	15 ^e —	grave		+	
—	— III	à 3 mois ½	10 ^e —	moyenne		+	
—	— IV .	à 4 mois	15 ^e —	grave	+		
—	— V . .	à 8 mois	8 ^e —	moyenne	+		
—	— VI .	à 2 mois ½	5 ^e ..	légère	+		
—	— VII	à 5 mois (?)	15 ^e —	moyenne	+		
—	— VIII	à 5 mois	5 ^e —	grave	+		
—	— IX .	à 5 mois	à la pér. d'état	moyenne	+		
—	— X . .	à 7 mois	7 ^e jour	moyenne		+	
—	— XI .	à 4 mois ½	à la pér. d'état	moyenne	+		
—	— XII	à 2 mois ½	au début	moyenne	+		
M ^{me} Kanter.	— IV .	à 3 mois ½	14 ^e jour	grave		+	
—	— XVI	à 4 mois ½	à la pér. d'état	légère	+		
—	— XX .	à 5 mois	8 ^e jour	moyenne	+		
—	— XXI	à 4 mois ½	à la pér. d'état	légère	+		
Esclavissat.	— I . .	à 2 mois	11 ^e jour	légère	+		
—	— VIII	à 8 mois	?	moyenne	+		
Debord.	— I . .	à 4 mois	à la pér. d'état	moyenne		+	
—	— II .	à 2 mois	—	légère		+	
—	— IV .	à 3 mois	—	moyenne		+	
—	— V . .	à 4 mois ½	—	moyenne		+	
—	— VI .	à 7 mois ½	—	moyenne	+		
—	— VII	à 2 mois	—	moyenne		+	
—	— XI .	à 4 mois	—	moyenne	+		
Cas nouv.	— XII	à 3 mois	6 ^e jour	grave		+	+

petit. Dyspnée très grande. Râles crépitants aux bases. Urines : disque d'albumine notable. Température : 40°5, 41°3. La malade est mise aux bains à 20°.

Le 1^{er} décembre : la dyspnée est toujours extrême, le délire est continu. Les jours suivants la température diminue un peu ; les symptômes semblent revêtir une forme moins grave.

Le 8 décembre : la température oscille entre 39° et 39°5. Une angine très intense avec pseudo-membranes pultacées apparaît. La parole est difficile, éteinte. Dyspnée toujours très vive. Légère diminution de l'albumine.

Jusqu'au 17 décembre, l'état de la malade passe par des mieux et des rechutes. Le 18 décembre : la malade prend son dernier bain. Le 21 décembre : la convalescence commence. Durant le mois de janvier se développe un volumineux abcès sous péritonéal dont l'incision donne issue à une grande quantité de pus.

Le 16 février : la malade quitte l'hôpital dans un état général excellent ; elle a pris 63 bains. Elle est revue en avril : la grossesse suit son cours normal. L'albumine a complètement disparu.

Observation VIII. Thèse de Duhaut. — Claudine P..., 27 ans. Entre à la Charité le 29 mai 1886. Quatre jours avant elle a ressenti des céphalées accompagnées d'épistaxis et de bourdonnements d'oreilles. Puis elle fut prise de crises convulsives avec perte de connaissance, agitation, délire pendant un quart d'heure. A l'issue de cette crise : douleurs lombaires très violentes avec irradiation hypogastrique. Comme elle était enceinte de cinq mois environ, on craignait un avortement et on la transporta à l'infirmerie de la Maternité. A son arrivée : température 39°8. L'orifice externe du col est ramolli et entr'ouvert. L'abdomen est ballonné. On met la malade aux bains froids à 20°.

Le 30 mai : quantité considérable d'albumine dans les urines.

Le 31 mai : l'hyperthermie résiste à la réfrigération, néanmoins la prostration a disparu, la céphalée est moins vive. Les douleurs lombo-abdominales persistent aiguës et fréquentes.

Le 1^{er} juin : on donne un seul bain. Le 2 juin : la température de la journée permet de sauter des bains. Le 7 juin : à cause des vomissements et des douleurs abdominales, on tente de diminuer le nombre des bains en les combinant avec l'administration de quatre paquets d'antipyrine d'un gramme.

Le 8 juin : la température monte néanmoins à 41° et les vomissements persistent. Urines fortement albumineuses.

Le 10 juin : vomissements fréquents après l'ingestion de l'antipyrine. Les urines sont peu abondantes, avec forte albuminurie. On laisse l'antipyrine pour revenir à la méthode de Brand seule.

Les 11, 12 et 13 juin : bien qu'ayant plus de fièvre, la malade se trouve mieux. Le 14 juin : la température monte jusqu'à 41°. Le 21 juin : l'albumine a disparu.

Le 24 juin : on note que depuis dix jours la courbe thermique revêt le type rémittent à grandes oscillations.

Le 4 juillet : on supprime les bains. La malade a pris en tout 59 bains à 20°. L'affection a revêtu en somme une allure hyperthermique, avec grosse albuminurie qui faisait même penser à une néphrite aiguë plutôt qu'à une typhoïde, mais pour le Docteur Vincent qui soignait la malade, il s'agissait bien d'une dothiéntérie.

Le 14 juillet : nouvelle poussée de température à 41°, sans cause connue. Du 17 juillet au 3 août : apyrexie complète. Le 3 août : frisson violent, température à 40°. A partir du 5 août : convalescence définitive.

L'accouchement a lieu à terme le 8 octobre : l'enfant pèse 2.550 grammes.

Néanmoins, malgré ces deux observations et la statistique ci-dessus, nous ne formulerons pas de conclusions fermes sur la balnéothérapie : on pourrait nous objecter en effet, avec raison, que la documentation sur laquelle elles reposent est tout à fait insuffisante, et qu'en particulier les observations de DEBORD sont loin d'être encourageantes, et engagent tout au moins à garder une certaine réserve. La chose est incontestable ; pour apprécier définitivement la valeur du traitement en de semblables circonstances, une vingtaine de cas ne constituent pas une référence. On ne peut que souhaiter que l'épreuve soit désormais tentée plus souvent et plus précocement.

Il reste encore à répondre à une dernière question : *une fois l'accouchement effectué, peut-on employer les bains froids ?* Il ne semble pas que la méthode de BRAND présente ici des inconvénients particuliers, à la condition cependant de n'en faire usage qu'après un certain délai, une douzaine de jours au moins après l'accouchement. Nous n'avons retrouvé qu'une seule observation (obs. IX de la thèse de TRAMPONT) où les bains aient été prescrits dans les jours qui ont suivi l'accouchement : il s'agissait d'une fièvre typhoïde grave avec ataxo-adyndamie ; la malade a parfaitement guéri, sans incident puerpéral, après 23 jours de balnéothérapie. Celle-ci n'était pas du reste déconseillée par TRIPIER et BOUVERET en pareil cas. C'était également l'opinion de VINAY : « Ni l'écoulement des lochies, écrit-il, ni la présence d'un utérus en involution, ni le gonflement des seins, ni même l'existence de complications septicémiques, ne sont

un obstacle à l'emploi de la méthode hydrothérapique. La péritonite généralisée est la seule contre-indication formelle des bains froids. Même lorsqu'il existe une péritonite localisée, ou qu'il s'est développé une inflammation de l'endomètre ou du paramètre, on ne devra pas supprimer les grands bains, il faudra seulement les adapter à la force de résistance de la patiente. On pourra les adoucir... Dans des circonstances aussi complexes, lorsqu'une infection septicémique s'ajoute à l'infection typhique, il est bien difficile de donner des indications précises... Ces associations microbiennes mettent à l'épreuve le tact et l'expérience du médecin et exigent de lui quelque ingéniosité dans l'emploi de l'eau froide. Comme le dit JUHEL RÉNOY : « C'est dans ces cas que le vrai médecin se révèle, qu'il n'est plus cet automate qu'on veut faire du brandiste, qui, inspectant le thermomètre, plonge un patient dans l'eau, tire sa montre méthodiquement et retire au bout d'un temps mathématique son malade. »

Conclusions

I. — La rareté de la fièvre typhoïde, au cours de la gestation, admise par la plupart des auteurs, n'est qu'apparente ; l'affection est vraisemblablement aussi fréquente chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas ; elle s'observe relativement aussi souvent dans les trois derniers mois de la grossesse que dans les six premiers mois.

II. — Quand la fièvre typhoïde survient au cours de la gestation, elle détermine son interruption dans un peu plus de la moitié des cas. A noter cependant que, lors de la dernière épidémie de la région lyonnaise, les avortements et accouchements prématurés ont été observés dans une proportion beaucoup plus faible : 33 %.

1° L'interruption de la grossesse est presque habituelle dans les formes graves, mais elle peut aussi se produire dans les formes moyennes et même légères ;

2° Elle peut survenir à toutes les périodes de la maladie, même dans les premiers jours de la convalescence, mais surtout aux deuxième et troisième septénaires ;

3° La pathogénie exacte de cette interruption de la gestation reste obscure.

III. — L'évolution de la maladie ne paraît pas aggravée du fait de sa coïncidence avec la gestation. La mortalité n'est pas augmentée (pas supérieure à 10 %). Les complications ne semblent pas plus fréquentes, et le tableau clinique est sensiblement le même que dans les circonstances habituelles. On notera seulement que la dissociation du pouls et de la température fait presque toujours défaut, et l'existence possible dans les suites de couches de formes à début soudain avec absence des oscillations thermiques ascendantes.

IV. — L'interruption de la grossesse ne détermine en général ni aggravation ni cédation de la dothiéntérie ; parfois, et sans qu'elle s'accompagne nécessairement d'hémorragie utérine, elle peut provoquer une chute brusque et passagère de la température.

V. — La fièvre typhoïde survenant à la période des suites de couches entraîne une mortalité plus élevée que lorsqu'elle évolue au cours de la grossesse.

VI. — Le pronostic pour l'enfant paraît beaucoup moins sombre qu'on ne l'a dit. D'après les cas que nous rapportons, quand il naît à terme, il n'est atteint d'aucune débilité et présente habituellement un poids parfaitement normal.

L'enfant né prématurément au cours de la maladie de sa mère n'est pas fatalement voué à la mort et peut se développer sans tare physique ou nerveuse.

VII. — Le diagnostic de la fièvre typhoïde est très

difficile à la période des suites de couches. En dehors des périodes d'épidémie, elle est souvent confondue avec l'infection puerpérale.

La persistance de la température en plateau, la diarrhée, la prostration accentuée, sont les premiers signes qui aident à réformer le diagnostic et incitent à recourir aux méthodes de laboratoire.

VIII. — Pendant la grossesse, comme pendant les suites de couches (mais seulement vers le douzième jour après l'accouchement), le traitement de choix est la balnéothérapie. Elle diminue notablement la mortalité maternelle, et semble favoriser la continuation de la grossesse.

IX. — Une nourrice qui contracte la fièvre typhoïde doit cesser immédiatement d'allaiter.

On n'a jamais cliniquement démontré la transmission de la maladie au nourrisson par le lait maternel ; celui-ci, du reste, ne renferme pas de bacilles d'Eberth ; mais lorsqu'il a un pouvoir agglutinant élevé, la séro-réaction de l'enfant peut à son tour être positive.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 25 Novembre 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ACHARD. — Sur le passage de la propriété agglutinante à travers le placenta. *Bull. et Mém. de la Soc. de Biologie*, 1897.
- ACHARD et BENSAUDE. — Fièvre typhoïde chez une nourrice ; agglutination du bacille d'Eberth par le lait. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1896.
- BARATTE. — De la fièvre typhoïde dans la grossesse. *Thèse Paris*, 1882.
- BERKOWICTZ. — Grossesse compliquée de fièvre typhoïde avec hémorragie et rechute. Délivrance à terme. Recherches bactériologiques et sérologiques chez la mère et l'enfant. *The american journal of Obstetric and diseases of Women and children*, janvier 1914.
- BONNAIRE. — De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la puerpéralité. *Presse méd.*, mars 1894.
- BOURGEOIS. — De l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse sur l'enfant. *Mémoire à l'Acad. de Méd. de Paris*, 1861.
- BRIEGER. — Ueber die complication einiger acuten krankheiten mit schwangerschaft. *Charité Annalen*, 1886.
- BROUSSE. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 1885.
- BUCQUOY. — De la fièvre typhoïde dans le cours de la grossesse. *Paris médical*, 1882.

- CARRET. . . *Diagnostic de la fièvre typhoïde à son début et de son influence sur la grossesse*. Paris, 1867.
- CASTAIGNE. — Transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement. *Médecine moderne* 1897, et *C. R. Soc. de biologie*, Paris, 1897.
- CHAMBRELENT. — Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta. *Thèse Bordeaux*, 1882.
- Séro-réaction chez le fœtus. *Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, novembre 1896.
- De la fièvre typhoïde pendant la grossesse ; son influence sur le fœtus. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1897.
- CHANTEMESSE et WIDAL. — *Société anatomique*, octobre 1886. *Archives de physiologie*, 1887. *Société médicale des Hôpitaux*, 1887. *Semaine médicale*, 1889.
- CHAPUIS. — Fièvre typhoïde et bains froids. *Thèse Paris*, 1883.
- CHARCELLAY. — Fièvre typhoïde chez le nouveau-né. *Arch. de méd.*, 1840.
- CHARPENTIER. — *Traité d'accouchement*, 1883.
- CHARRIER et APERT. — Absence de la réaction agglutinante chez le fœtus. *Soc. de biologie*, 1896.
- CHARRIN. — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur l'évolution des rejetons. *C. R. Soc. de biol.*, 1899.
- CHEVELU. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Thèse Paris*, 1874.
- CORBIN. — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus. *Thèse Paris*, 1890.
- COMMANDEUR et RHENTER. — Deux cas de fièvre typhoïde à début soudain. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, octobre 1910.

- COURMONT et CADE. — Transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement. *Lyon médical*, 1899.
- DEBORD. — Fièvre typhoïde et puerpéralité. *Thèse de Lyon*, 1913.
- DOLÉRIS et DORÉ. — Influence de l'hyperthermie sur la gestation. *C. R. Soc. de biol.*, 1883.
- DORÉ. — De l'influence de la température sur la vie des fœtus. *Arch. de Tocologie*, 1884.
- DUCARRE et COGNARD. — Fièvre typhoïde chez une secondipare enceinte de huit mois, accouchement prématuré, guérison de la mère, enfant bien portant. *Journal des sages-femmes*, Paris 1894.
- DUGUYOT. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Thèse Paris*, 1879.
- DUHAUT. — De la fièvre typhoïde pendant la grossesse et de son traitement par les bains froids. *Thèse Lyon*, 1893.
- EBERTH. — Geht der typhus bacillus auf den fœtus uber ? *Centralblatt f. Bakter*, 1889.
- ESCLAVISSAT. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Thèse Toulouse*, 1911.
- ETIENNE. — Fièvre typhoïde du fœtus. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896.
- Absence de la réaction agglutinante par le sang d'un fœtus issu d'une mère morte de fièvre typhoïde hypertoxique. *Presse médicale*, Paris. 1896.
- FABRE et EPARVIER. — Infection puerpérale et fièvre typhoïde. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1912.
- FIEDLER. — *Arch. der Heilkunde*, 1862.
- FINGER. — *Ueber den abdominaltyphus in der schwangerschaft*. Halle 1886.

- FREUND et LÉVY. — Ueber intra uterine infection mit typhus abdominalis. *Berliner klinische Wochenschrift*, 24 juin 1895.
- GARIMOND. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Thèse de Montpellier*, 1868.
- GLEIZE. — Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches. *Thèse de Toulouse*, 1904.
- GIGLIO. — *Centralblatt für gynecologie*. Leipzig, 1890.
- GORY et JEAN DALSACE. — Infection typhoïde du cobaye par inoculation sous-cutanée de culture. Infection transplacentaire du fœtus. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1926. Tome II.
- GRIESINGER. — *Traité des maladies infectieuses*, 1857.
- GRISOLLE. — *Pathologie interne*, 1857.
- GUSSEROW. — *Berliner klinische wochenschrift*, 1880.
- HOHL. — *Die geburrtshülflische exploration*, 1^{er} volume.
- HOMOLLE. — *Revue des Sciences médicales*, 1887.
- HIRST. — Typhoid fever in a pregnant woman. *Med. News Philadelphie*, 1887.
- HERRICK. — Typhoid fever wich fatal intestinal hemorrhage complicated by ectopion gestation. *J. ann. m. ass.*, Chicago, 1896.
- JAGGARD. — Two observations of typhoid fever during pregnancy. *Ann. J. obs.*, New-York 1889.
- JOSKE. — Two cases of typhoid fever, occuring during pregnancy. *Austr. M. S.*, Melbourne 1887.
- KAMINSKI. — Typhus abdominalis in wochenbette. *Deutsche klinisch*, 1866.
- KANTER (M^{me}). — Fièvre typhoïde et grossesse. *Thèse de Montpellier*, 1902.
- LACOUR. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Lyon médical*, 1889.
- LAIDLAW. — Typhoid fever during pregnancy. *Chicago M. Times*, 1896.

- LANDOUZY et GRIFFON. — Transmission par l'allaitement du pouvoir agglutinant typhique de la mère à l'enfant. *C. R. Soc. de biol.*, 1897.
- LIEBERMEISTER. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Union médicale*, 1883.
- MC ARDLE. — Intercurrent typhoid fever in pregnancy. *Tr. am. Ass. obst. et gyn.*, 1894.
- MACDONNEL. — A case of typhoid fever complicated with pregnancy. Subsequent relapse and development tuberculosis. *Intern. clin. Phila.*, 1892.
- MALVOZ. — Transmission intraplacentaire des micro-organismes. *Annales de l'Inst. Past.*, 1882.
- MANZONI. — Autopsie d'un enfant présentant les lésions de la fièvre typhoïde. *C. R. Acad. des Sciences*, 1841.
- MARFAN. — Une femme grosse pourra-t-elle nourrir ? *Revue pratique d'Obst. et de Péd.*, Paris, août-septembre 1902.
- MARTINET. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Union médicale*, 1883.
- MICHEL. — Fièvre typhoïde et état puerpéral. *Union Médicale*, 1893.
- MOSSÉ et DAUNIC. — Séro-réaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde pendant la gestation. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1897.
- MOSSÉ et FRENKEL. — Transmission du pouvoir agglutinant typhoïdique à travers le placenta. *Bull. et Mém., Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1899.
- MURCHISON. — *Traité de la fièvre typhoïde*. Traduction Lutaud. Paris 1878.
- NOYES. — Enteric fever occurring in pregnancy. *Med. News*, Philadelphie 1885.
- MINATI. — *Revue générale italienne de clinique médicale*, 1892.

- NEUHAUSS. — *Berlin Kliniker wochenschrift*, 1886, n° 24.
- PENOT. — Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde pendant la grossesse. *Thèse Paris* 1899.
- PINARD. — De la fièvre de grossesse. *Bull. méd.*, mars 1903.
- PLAUCHU et GALLAVARDIN.¹ — Deux cas de fièvre typhoïde de la mère sans séro-réaction chez le fœtus. *Lyon médical*, 1898.
- J. RHENTER. — Le nouveau-né normal et pathologique. Tome V de *La pratique de l'art des accouchements*.
- ROUSSEAU. — Relations de la fièvre typhoïde avec la grossesse. *Thèse Paris*, 1882.
- RUNGE. — *Arch. F. Gynecologie*, 1877.
- SACQUIN. — De l'influence réciproque de la fièvre typhoïde et de la grossesse. *Thèse Nancy*, 1885.
- SAVIDAN. — Contrib. à l'étude de l'influence réciproque de la fièvre typhoïde sur la grossesse. *Thèse Paris*, 1883.
- STAUSS et CHAMBERLAND. — Recherches expérimentales sur la transmission des maladies virulentes de la mère au fœtus. *Soc. de biol.*, décembre 1882.
- TARNIER et BUDIN. — *Maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1886.
- THIERCELIN et LENOBLE. — Action agglutinante du lait d'une typhique sur les cultures du bacille d'Eberth. *Presse médicale*, 1896.
- TRAPIER et BOUVERET. — *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*. Paris 1886.
- TROULLIEUR. — Fièvre typhoïde et allaitement. *Thèse Lyon*, 1908.
- VINAY. — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1894.

- VORON et EPARVIER. — Fièvre typhoïde pendant les suites de couches. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1912.
- VINCENT. — Bains froids dans la fièvre typhoïde pendant la grossesse. *Gazette des Hôpitaux*, 1887.
- TRAMPONT. — De la fièvre typhoïde dans ses relations avec l'état puerpéral. *Thèse Lille*, 1903.
- WALLICH. — Zwei falle von typhus bei hoschwangeren. *Monatschr. Frauenkr.*, Berl. 1867.
- WEISS. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Algem. med. Zeitung*, 1862.
- WIDAL. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, juin 1896.
- WIDAL et SICARD. — Recherches sur l'absorption de la substance agglutinante typhique par le tube digestif et sur sa transmission par l'allaitement. *C. R. Soc. de biol.*, 1897.
- WINCKEL. — *Klinische beobachtungen zur Pathologie der geburt*. Rostock, 1869.
- ZUELZER. — Typhus recurrens bei schwangeren. *Monat. F. Geb.*, 1868.
- Article abdominal typhus. *Real encyclopedie*, 1885.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
HISTORIQUE	11
OBSERVATIONS	17
CHAPITRE PREMIER. — De l'immunité	47
CHAPITRE II. — Influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse	55
CHAPITRE III. — Pathogénie de l'interruption de la grossesse	67
CHAPITRE IV. — Influence de la fièvre typhoïde maternelle sur le développement du fœtus et l'avenir de l'enfant	85
CHAPITRE V. — Influence de la fièvre typhoïde sur la lactation	93
CHAPITRE VI. — Influence de l'état puerpéral sur la fièvre typhoïde	103
CHAPITRE VII. — Diagnostic	113
CHAPITRE VIII. — Traitement	121
CONCLUSIONS	133
BIBLIOGRAPHIE	137

